



**UFG**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA: A INSERÇÃO DO  
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM NÚCLEO DE APOIO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA (GOIÂNIA/GO)**

**JÉSSICA FÉLIX NICÁCIO MARTINEZ**

**Goiânia  
2014**

**JÉSSICA FÉLIX NICÁCIO MARTINEZ**

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA: A INSERÇÃO DO  
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM NÚCLEO DE APOIO  
À SAÚDE DA FAMÍLIA (GOIÂNIA/GO)**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título Doutor em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Sebastiana Silva

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Márcia Silva

**Goiânia  
2014**

### **Dados Internacionais de Catalogação da Publicação (CIP)**

Martinez, Jéssica Félix Nicácio.

M385e Educação Física e Saúde Pública [manuscrito] : a inserção do profissional de Educação Física em um núcleo de apoio à saúde da família (Goiânia/GO) / Jéssica Félix Nicácio Martinez. – 2014. 289 f. : il. ; 30 cm.

“Orientador: Prof. Dr. Maria Sebastiana Silva”.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Ciências da Saúde, 2014.

Inclui referências bibliográficas.

1. Educação Física. 2. Saúde Pública. 3. Família - Saúde e higiene. I. Título.

CDU 614(043)

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA: A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE  
EDUCAÇÃO FÍSICA EM UM NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA  
(GOIÂNIA/GO)**

Aluna: Jéssica Félix Nicácio Martinez

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Sebastiana Silva

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Márcia Silva

Membros:

1. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Sebastiana Silva, FEF/UFG (presidente)

2. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marise Nogueira Ramos, EPSJV/FIOCRUZ (membro titular)

3. Prof. Dr. Alex Branco Fraga, ESEF/UFRGS (membro titular)

4. Prof. Dr. Marcelo Medeiros, FEN/UFG (membro titular)

5. Prof. Dr. Tadeu João Baptista, FEF/UFG (membro titular)

Data: 21 de Março de 2014.

*Dedico este trabalho a minha mãe, Maristela Félix Nicácio, pelos ensinamentos da vida e da espiritualidade. Minha admiração por ti é ainda maior agora que experimento o florescimento de uma vida no meu ventre. A esse fabuloso aprendizado que apenas com 25 semanas também me inspirou na escrita desta tese.*

*Aos trabalhadores, em especial, àqueles dos serviços públicos de saúde.*

## AGRADECIMENTOS

À minha querida família, em especial, minha irmã Amanda, Marcelo, avó Inês (*in memorian*), bisavó Helena (*in memorian*), avó Bela, pai Marcos, avô Mile, Teresa, tias e tios, primas e primos pelo carinho, amor e apoio.

Ao meu amado companheiro Fábio Adauto pelo apoio, carinho, cumplicidade, amor e encorajamento aos constantes desafios. Agradeço por partilhar comigo a atenção e o amor na experiência de nos tornarmos grávidos. Também agradeço, com carinho especial, a família do Fábio que me acolheu com amor e me incentivou nos estudos. Especialmente, minha gratidão à Rosa, Reinaldo, Anita, Nando, Luciana, Alexandre, Cláudia e Paulo.

Aos queridos amigos de perto e longe, especialmente, Vanessa, Vicente, Marlini, Roberto, Marião, Jonatas, Luciana, Priscilla, Tadeu, Ricardo, Marcel, Wilson, Edna, Beto, Elisa, Tiago e Aninha pelo carinho, apoio e amizade.

As orientadoras Maria Sebastiana e Ana Márcia pela confiança, apoio, paciência e compartilhamento dos desafios.

Aos professores e servidores da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás pela concessão de afastamento de oito meses para finalização da tese, pela atenção e carinho dispensadas as minhas diferentes dúvidas e solicitações.

Aos professores da UFG que contribuíram com minha formação acadêmica e humana, especialmente, Marília, Maria do Rosário, Rivalino, Alessandra e Nilse.

A Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/GO, a Coordenação de Estratégia da Saúde da Família, ao Distrito Sanitário Noroeste e, especialmente, a todos os trabalhadores do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia que compartilharam conosco suas dificuldades e conquistas.

A Rafaela pelo auxílio na transcrição das entrevistas. Ao Lucas pela revisão preciosa e cuidadosa com todo o material escrito. E ao Fabrício pela tradução do resumo para a língua inglesa.

Aos professores Alex Fraga, Maria Márcia, Marise Ramos, Marcelo Medeiros, Roberto Furtado e Tadeu Baptista pela atenção com que aceitaram o convite em participar da banca examinadora desta tese, assim como pelas contribuições e reflexões ao estudo.

Aos professores, estudantes e servidores do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da UFG, especialmente, a Valdecina pelo atendimento e auxílio em minhas diferentes solicitações.

## RESUMO

Desde o final da década de 1980, verificamos um número crescente de produções acadêmicas, constituições de grupos de pesquisa e eventos que vêm tematizando, de forma crítica, a relação entre Educação Física e saúde, em especial, a partir das aproximações com o campo da Saúde Coletiva. No sentido de contribuir com esse debate, esta pesquisa teve como objetivos analisar as diretrizes, os marcos legais e a produção acadêmica que tratam da Educação Física na Saúde Pública e analisar as percepções dos gestores e das equipes multiprofissionais acerca das contribuições da Educação Física ao trabalho desenvolvido pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Goiânia/GO. Para tanto, buscamos fundamentar nossas análises e reflexões nas elaborações da medicina social latino-americana e na perspectiva de educação politécnica. A aproximação com o objeto de estudo ocorreu por meio de análise de documentos do Ministério da Saúde brasileiro e da produção acadêmica em Educação Física em suas relações com a Saúde Pública, localizadas no Banco de Teses da CAPES. Adotamos enfoques da pesquisa participante e, para a coleta de dados, utilizamos questionário, observação participante e entrevistas semi-estruturadas com 21 profissionais do NASF em Goiânia. Todo material coletado foi analisado segundo a técnica de Análise Temática e suporte do *software* Webqda. Os resultados apontam que a dimensão da gestão se destacou como um dos problemas centrais do NASF e sua proposta de trabalho centrada no apoio matricial provocou resistências em algumas equipes de estratégia de Saúde da Família. A maioria dos profissionais do NASF apresenta uma concepção eclética de interdisciplinaridade, embora a reflexão sobre a especialidade se anuncie como uma possibilidade a partir de outros referenciais. O campo da Educação Física, nesse contexto, se apresenta de forma inicial, com quantitativo insuficiente de profissionais e desigualdades salariais. Foram identificadas, todavia, contribuições com o trabalho com grupos, em projetos de território, na Academia da Saúde, assim como na superação das práticas de saúde centradas na dimensão assistencial, a partir da apropriação de conceitos de promoção da saúde e de território. Entretanto, essas contribuições se apresentam de forma limitada no atual momento histórico, pois o viés comportamental, biologicista e curativo ainda são hegemônicos nos processos de formação acadêmica e nas práticas profissionais. Concluímos que as condições precárias de trabalho do NASF em Goiânia e dos demais municípios expressam a fragilidade da proposta no fortalecimento dos princípios da Atenção Primária em Saúde e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Por fim, identificamos a necessidade dos profissionais de Educação Física de se inserirem de forma mais concreta na luta pela saúde pública no Brasil enquanto um direito social, reafirmando a utopia do projeto societário emancipador inscrito no movimento de reforma sanitária nacional.

**Palavras-chave:** Educação Física. Saúde Pública. Saúde da Família.

## ABSTRACT

Since the late 1980's, we have seen a growing number of academic articles, research groups and events that have critically discussed the relationship between Physical Education and health, especially from the involvement with the field of Public Health. With the intention to contribute with this debate, this research sought to analyze the guidelines, legal framework and academic articles regarding Physical Education on Public Health and also to analyze perceptions of the managers and the multi-professional teams regarding the contribution of Physical Education to the work developed by Family Health Support Center (NASF) in Goiânia/GO. To do so, we sought to base our analyses and reflections on the thoughts of Latin American social medicine and on the polytechnic education. The object of study was delimited through the analysis of the Brazilian Ministry of Health documents and academic production on Physical Education and its relationships with Public Health found in CAPES thesis bank. We adopted participant research approach, while for data collection we used questionnaires, participant observation and semi-structured interviews with 21 NASF professionals in Goiania/GO. All collected data were analyzed according to Thematic Analysis supported by WebMD software. The results indicate that management stood out as one of the main problems at NASF, in which its work proposal centered on matrix support caused some resistance in some Family Health strategy teams. Most NASF professionals have an eclectic view of interdisciplinarity, although the reflection on the specialty shows itself as a possibility of reflection from other references. The field of Physical Education in this context has wage inequality and a insufficient number of professionals; nevertheless contributions were identified with groups, in territory projects, at Academia da Saúde (Health Academy), as well as in overcoming health practices centered on assistential practices, from the concepts of health and territory promotion. However, these contributions are limited in the current historical moment, for the behavioral, biologicist and curative bias are still hegemonic in the academic formation processes and in the professional practices. We conclude that the poor working conditions at NASF in Goiania and other cities show the proposal's fragility in both: the strengthening of the principles of Primary Health Care and its role as coordination of care in the health service network. Lastly, we identified the need for the professionals of Physical Education to be more deeply involved in the effort for the public health in Brazil as a social right reassuring the utopic emancipating society project within the movement of national sanitary reform.

**Keywords:** Physical Education. Public Health. Family Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Mapa das regiões do município de Goiânia/GO.....	23
FIGURA 2 – Distribuição das equipes NASF em Goiânia/GO por unidade de saúde e equipes de ESF da região noroeste.....	25
FIGURA 3 – Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil no período de janeiro de 2008 a abril de 2013.....	85
QUADRO 1 – Marcos legais que tratam da Educação Física disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde.....	120
QUADRO 2 – Síntese das ações que envolveram as práticas corporais/atividade física no contexto do Ministério da Saúde brasileiro no período de 2005 a 2010.....	133
QUADRO 3 – Distribuição dos profissionais que atuam nos NASF.....	147
FIGURA 4 – Registro fotográfico dos eixos de trabalho e dos grupos de trabalho do NASF em Goiânia.....	183
FIGURA 5 - Registro fotográfico da agenda mensal do NASF em Goiânia.....	183
FIGURA 6 – Quantitativo de atividades do NASF em Goiânia no período de setembro de 2011 a junho de 2012.....	185
FIGURA 7 – Percentual médio de ações de apoio matricial do NASF em Goiânia no período de setembro de 2011 a junho de 2012.....	185
FIGURA 8 – Lançamento do projeto cuidando de quem cuida no Clube do Povo em Goiânia.....	188
FIGURA 9 – Atividades desenvolvidas durante o lançamento do projeto cuidando de quem cuida.....	189
FIGURA 10 – Uma das atividades do curso de redução de danos em álcool e outras drogas.....	190

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição regional da Rede de Atividade Física no período de 2005 a 2008.....	128
TABELA 2 – Dados pessoais da equipe e dos gestores do NASF em Goiânia...	175
TABELA 3 – Processo de escolarização da equipe e dos gestores do NASF em Goiânia.....	175
TABELA 4 – Tempo de trabalho e renda líquida da equipe e dos gestores do NASF em Goiânia.....	176

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ABENEFS** - Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**ACSM** - American College of Sport Medicine

**APS** – Atenção Primária em Saúde

**CAPES** – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CBO** – Classificação Brasileira de Ocupações

**CDC** - Centers for Disease Control and Prevention

**COESF** – Coordenação da Estratégia da Saúde da Família

**DANTs** – Doenças e agravos não transmissíveis

**DATASUS** – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

**DSN** – Distrito Sanitário Noroeste

**ESF** – Estratégia da Saúde da Família

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**OPAS** – Organização Pan-Americana de Saúde

**OPT** – Organização do Processo de Trabalho

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PAB** – Piso da Atenção Básica

**PCAF** – Práticas Corporais/Atividade Física

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde

**PSE** – Programa Saúde na Escola

**PSF** – Programa da Saúde da Família

**PST** – Projetos de Saúde do Território

**PTS** – Projetos Terapêuticos Singulares

**RNAF** – Rede Nacional de Atividade Física

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>A POLÍTICA DE SAÚDE E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>29</b>
3.1	OS MOVIMENTOS INTERNACIONAIS DO CAMPO SOCIAL DA SAÚDE.....	29
3.2	A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	43
3.2.1	<b>A Saúde da Família segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde no Brasil.....</b>	<b>62</b>
3.2.2	<b>A Política de Saúde em Goiânia/GO.....</b>	<b>73</b>
3.3	O NASF, O APARATO LEGAL E O DIÁLOGO COM A LITERATURA ACADÊMICA.....	80
3.3.1	<b>Experiências de implantação do NASF no país.....</b>	<b>86</b>
3.3.2	<b>A Educação Permanente, o Apoio Matricial e a Interdisciplinaridade como propostas centrais do trabalho do NASF.....</b>	<b>92</b>
<b>4</b>	<b>EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....</b>	<b>119</b>
4.1	A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS MARCOS LEGAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	119
4.2	O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DAS DIRETRIZES DO NASF.....	145
4.3	A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA.....	159
<b>5</b>	<b>A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM GOIÂNIA/GO.....</b>	<b>174</b>
5.1	AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO NASF E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	192
5.2	AS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROPOSTA DE TRABALHO DO NASF.....	205
5.3	O DIÁLOGO MULTIDISCIPLINAR DO NASF E A CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	217
5.4	O TRABALHO DO NASF E AS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	229

<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>249</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>256</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>274</b>
	APÊNDICE A – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.....	275
	APÊNDICE B – Questionário Sócio-profissional.....	276
	APÊNDICE C – Roteiro de Observação.....	278
	APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista para gestores.....	279
	APÊNDICE E - Roteiro de Entrevista para profissionais.....	280
	APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista para professores de Educação Física.....	281
	APÊNDICE G – Produções acadêmicas analisadas.....	282
	APÊNDICE H – Produções acadêmicas analisadas.....	283
	APÊNDICE I – Produções acadêmicas analisadas.....	284
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>285</b>
	ANEXO A – Parecer de aprovação da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde.....	286
	ANEXO B – Parecer de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás.....	287
	ANEXO C – Relação dos profissionais que atuam no serviço público de saúde de Goiânia.....	288

## 1. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Na década de 1980, no contexto de redemocratização do país e da intensa organização dos movimentos sociais e da sociedade civil organizada, observamos na produção do conhecimento do campo da Educação Física uma maior aproximação com a filosofia, as ciências sociais e humanas. A partir de então, em suas teorias críticas, foram priorizadas, em um primeiro momento, as reflexões em torno do papel social da Educação Física no âmbito escolar, com predomínio nos outros espaços formativos de concepções vinculadas ao trato tradicional da Educação Física no que se refere à saúde. Contudo, desde o final daquela mesma década, verificamos um número crescente de produções acadêmicas, constituições de grupos de pesquisa e eventos que vêm tematizando, de forma crítica, a relação entre Educação Física e saúde, em especial, a partir das aproximações com o campo da Saúde Coletiva (MARTINEZ et al., 2013).

Algumas iniciativas recentes podem ser exemplos das tensões experimentadas pelo campo na sua relação com a saúde. Como é o caso do esforço interinstitucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em reunir grupos de pesquisa e fomentar a produção de conhecimento sobre políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). De forma aproximada, esse debate também vem sendo pautado nas últimas décadas em eventos do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte.

Outras ações, embora a partir de princípios político-científicos divergentes das propostas anteriores, também foram desenvolvidas pela Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, a qual tem dado especial relevância às discussões da “atividade física na saúde pública”, com a publicação da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, com a organização de evento bianual e cursos. Na ocasião do VIII Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, o qual ocorreu em Gramado/RS, em 2010, foi criada a Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS) como a finalidade de “apoiar a implementação e desenvolvimento de cursos de Educação Física com eixo na integralidade na

formação e na atenção à saúde”, exclusivamente na modalidade bacharelado (FONSECA et al., 2011, p. 286). Em 2013, a ABENEFS em parceria com o Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina organizou o I Congresso Brasileiro de Ensino em Educação Física para a Saúde com o tema “a formação do profissional de Educação Física para o setor saúde: desafios para o século XXI”.

O Sistema CREF/CONFED (Conselhos Regionais de Educação Física/Conselho Federal de Educação Física) também corrobora com a perspectiva de assegurar a modalidade de bacharelado para formação em espaços não escolares, dos quais se tem privilegiado o campo da saúde pública. Neste sentido, a “Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde” (CONFED, 2006) e as “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica” (AZEVEDO; OLIVEIRA; LIMA; MIRANDA, 2010), são documentos que expressam essas intenções.

De forma geral, observamos no campo da Educação Física e da saúde projetos sociais e concepções teórico-metodológicas em disputa sobre saúde-doença e promoção da saúde. Notamos que, de forma geral, essas tensões advêm de (re)leituras preventivistas e se encontram fundamentadas no paradigma dos fatores de risco. Todavia, também é possível identificar influências de teorias críticas, as quais buscam problematizar e superar as concepções reducionistas e lineares do trato tradicional da Educação Física com a saúde, trazendo para a discussão a compreensão da saúde-doença a partir da realidade social e das condições de vida da população.

As disputas e tensões próprias do campo da Educação Física na sua interface com a saúde também são identificadas nos marcos legais do Ministério da Saúde brasileiro, os quais, de forma geral, apresentam em suas políticas e documentos os termos “práticas corporais/atividade física” a partir de uma junção aparentemente consensual. O debate em torno do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública também vem sendo impulsionado, especialmente, com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006 e, mais concretamente, com a criação e a publicação das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), respectivamente, em 2008 e 2009.

É nesse campo de disputas e tensões que essa investigação se propôs a refletir e a contribuir, especificamente, a partir da realidade concreta de trabalho do profissional de Educação Física no NASF. Realizamos uma pesquisa anterior, a qual constituiu-se na primeira aproximação com o NASF em Goiânia e resultou no trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da pesquisadora. Tal investigação teve como objetivos analisar a constituição histórica do NASF em Goiânia/GO e as representações sociais que os profissionais que compuseram a equipe de construção do projeto de implantação do NASF no município tinham sobre o trabalho da Educação Física.

O processo formativo no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Universidade Regional de Blumenau no período de 2007-2009 aprofundou os estudos sobre Saúde Coletiva e Saúde Pública, os quais foram iniciados no Mestrado em Educação Física na Universidade Federal de Santa Catarina entre os anos de 2005-2007. As características de formação em serviço e estímulo ao trabalho interdisciplinar do referido Programa possibilitaram à pesquisadora compreender e vivenciar a realidade de trabalho da Saúde Pública no município, especificamente, na Atenção Básica.

Somam-se aos caminhos percorridos e inquietações, a aprovação da pesquisadora em concurso público na Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás, com intuito de trabalhar em um curso de graduação recém criado com ênfase na formação na área da Saúde Coletiva. O trabalho como tutora no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) também possibilitou um contato com a realidade de Saúde Pública de Goiânia. Essa trajetória de estudos e reflexões sobre Educação Física e Saúde Pública resultaram no projeto de pesquisa do doutorado em 2010.

De maneira mais ampla, assumimos nesse estudo a importância do fortalecimento da luta pelo direito à saúde e pela garantia dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a radicalização da questão social no Brasil na direção de uma sociedade mais justa e igualitária. Enquanto trabalhadores da saúde compreendemos a importância de ampliar o debate em torno do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública, evidenciando seu compromisso acadêmico, social e político com as condições de vida e saúde da população

brasileira. Portanto, esperamos com essa pesquisa contribuir com o debate em torno da Saúde Pública e da Educação Física em Goiânia, em especial, subsidiando reflexões sobre a implantação e consolidação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município.

Considerando esses elementos, partimos do seguinte **problema de pesquisa**: Quais as contribuições da Educação Física ao NASF em Goiânia? Para orientar nossas reflexões e indagações, elencamos também algumas questões investigativas: Como se organiza o trabalho do NASF em Goiânia? Como se organiza o trabalho da Educação Física no NASF em Goiânia? Quais os avanços e dificuldades relatados pelos profissionais e gestores do NASF em Goiânia? Quais as contribuições da Educação Física para o NASF em Goiânia?

Esta pesquisa teve como **objetivos** analisar as diretrizes, os marcos legais e a produção acadêmica que tratam da Educação Física na Saúde Pública; e analisar as percepções dos gestores e das equipes multiprofissionais acerca das contribuições da Educação Física ao trabalho desenvolvido pelo NASF em Goiânia/GO.

Para tanto, buscamos fundamentar nossas análises e reflexões nas elaborações da medicina social latino-americana, especificamente, nos estudos da “epidemiologia crítica” na formulação do equatoriano Jaime Breilh (BREILH, 2010; 2006; 1997). De forma geral, o referido autor compreende a saúde-doença enquanto um processo dinâmico e contraditório, o qual inclui movimentos de reprodução e gênese que se determinam e se relacionam na dimensão coletiva e individual (BREILH, 2006). Consideramos como pressuposto fundamental o entendimento de que o processo saúde-doença é uma produção social, imbricado nas relações contraditórias do modo de produção material da existência.

As reflexões desta tese também foram realizadas considerando a perspectiva de educação politécnica, em especial pelas contribuições da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. Nesse sentido, compreendemos que o trabalhador educa-se no conflito e na contradição, assumindo o trabalho como princípio educativo e a formação humana como inserida na luta entre capital e trabalho (GUIMARAES; BRASIL; MORISINI, 2010).

De forma similar, entendemos que as políticas públicas de saúde se constituem no âmbito dos conflitos e luta de classes e, portanto, se fundamentam nas relações de exploração do capital sobre trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Nesse constructo, o Estado é, fundamentalmente, manifestação do capital, portanto não é um aparelho neutro a disposição do controle das classes. O Estado é estruturalmente capitalista, neste sentido “não se trata apenas de procurar quem os controlar [Estado e direito], tampouco a luta por eventuais ganhos parciais em suas bases” (MASCARO, 2013, p. 17). Para Antunes (2003), o núcleo constitutivo deste modo histórico de produzir a vida é formado pelo tripé capital, trabalho e Estado.

Partindo dessa perspectiva, a tese foi organizada em seis capítulos. Após a Introdução e objetivos, apresentamos os “Caminhos teórico-metodológicos da pesquisa”, no qual foram abordadas as bases teórico-metodológicas que orientaram a investigação, os critérios de seleção dos sujeitos investigados, a descrição do campo de estudo, as especificidades do trabalho de campo, os instrumentos de coleta de dados utilizados e como ocorreu o tratamento dos dados coletados.

No capítulo seguinte (A Política de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família), buscamos contextualizar de maneira ampla as influências de alguns movimentos internacionais do campo social da saúde e as concepções de saúde-doença produzidas em contextos históricos específicos.

Logo, buscamos refletir sobre as bases histórico-sociais que vem alicerçando a constituição da política de saúde brasileira. A partir dessas mediações, adentramos de forma mais detalhada nos limites e avanços da estratégia Saúde da Família no país, assim como no município de Goiânia/GO e nos princípios que sustentam a criação e implantação do NASF. Considerando a recente criação do NASF, compartilhamos algumas experiências de implantação no país, as quais nos auxiliaram na análise teórica da política de educação permanente, do apoio matricial e da interdisciplinaridade como propostas centrais na organização do trabalho do NASF.

Após a exposição dessas determinações mais amplas, no capítulo 4, denominado de “Educação Física e Saúde Pública no Brasil”, buscamos compreender alguns fundamentos políticos, sociais e científicos que vêm alicerçando a relação histórica entre Educação Física e Saúde Pública. Fizemos isso

a partir da análise dos marcos legais do Ministério da Saúde, com destaque para as Diretrizes do NASF, assim como da produção acadêmica no âmbito da Educação Física e do Sistema Único de Saúde.

No capítulo 5 apresentamos os aspectos gerais da organização do trabalho do NASF em Goiânia, a análise sobre o perfil sócio-profissional dos seus trabalhadores e gestores e os principais resultados da pesquisa de campo que se desdobraram em quatro itens. No primeiro deles tivemos como objetivo problematizar as condições de trabalho do NASF e o enfrentamento da gestão como problema dos serviços de saúde. No próximo item abordamos as resistências das equipes da estratégia da Saúde da Família frente à proposta de trabalho do NASF. Na sequência buscamos analisar as concepções em torno do diálogo multiprofissional e da construção interdisciplinar do NASF. E, no último item, analisamos as contribuições da Educação Física ao trabalho desenvolvido pelo NASF.

Finalmente, nas “Conclusões” apresentamos as principais sínteses da pesquisa em um processo de retomada dos objetivos da tese apontando os limites e avanços do processo investigativo.

## 2. CAMINHOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA PESQUISA

A investigação adotou aproximações com a pesquisa participante (BRANDÃO, 1999) na medida em que houve participação e envolvimento da pesquisadora com as problemáticas que compunham a realidade de trabalho dos sujeitos investigados. O recurso teórico-metodológico teve como um dos seus fundamentos a necessidade de produzir conhecimento que colabore no projeto de transformação social. É fundamental que os sujeitos investigados compartilhem do protagonismo na construção e produção do conhecimento, assim como de sua análise coletiva, estimulando reflexões críticas da realidade e buscando possibilidade de resolução dos problemas identificados.

Para Brandão (1999), é necessário que a pesquisa e o pesquisador se comprometam e participem do trabalho histórico e de projetos de luta dos sujeitos, pois mais do que conhecer para explicar é preciso entender para servir. E o autor complementa que

[...] só se conhece em profundidade alguma coisa da vida da sociedade ou da cultura, quando através de um envolvimento – em alguns casos um comprometimento – pessoal entre o pesquisador e aquilo, ou aquele, que ele investiga (BRANDÃO, 1999, p. 8).

A pesquisa participante pode ser caracterizada a partir de alguns elementos: o problema tem origem na comunidade ou local de trabalho; a finalidade última é a transformação estrutural fundamental e a melhoria das condições de vida da população ou dos trabalhadores envolvidos; há envolvimento dos sujeitos pesquisados no processo investigativo; o foco da pesquisa está em grupos explorados ou oprimidos; é central na investigação a conscientização dos envolvidos sobre os recursos e habilidades disponíveis, assim como no estímulo a mobilização e organização; o termo pesquisador é generalizado para todos os envolvidos na pesquisa; e aqueles com saber especializado são participantes e aprendizes em um processo que conduz ao compromisso político (DEMO, 1999).

Alguns autores denominam a pesquisa participante como uma “metodologia da contradição”. Uma atitude imprescindível do pesquisador é o respeito com as populações que deseja estudar, assumindo para si os interesses desses sujeitos e

devolvendo de forma sistematizada o conhecimento produzido (BONILLA et al., 1999).

Também consideramos as elaborações de Minayo (2010) sobre os critérios para seleção da amostragem na pesquisa social em saúde, quando a autora orienta que esses elementos devem expressar a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo. Outros aspectos também orientaram a pesquisa como: o reconhecimento de uma quantidade de interlocutores que permitam reincidência e complementaridade das informações; a inclusão de informações ímpares ou não repetitivas; a apropriação progressiva das descobertas de campo, confrontando-as com as teorias que delimitam o objeto e o problema de pesquisa; a certificação do mapeamento e compreensão do quadro empírico da investigação; e a realização, sempre que possível, da triangulação de técnicas de coleta de dados, ampliando as possibilidades de aproximação do objeto de estudo (MINAYO, 2010).

Iniciamos a aproximação do objeto de estudo a partir da análise documental sobre as diretrizes e marcos legais do Ministério da Saúde brasileiro que tratavam da Educação Física na Saúde Pública. Além disso, também analisamos a produção acadêmica sobre essa temática no Banco de Teses da CAPES. Com relação às diretrizes e marcos legais, a análise foi realizada nas publicações nacionais do Ministério da Saúde na Biblioteca Virtual de Saúde<sup>1</sup>. Como resultados, encontramos oito textos, disponíveis *online*, publicados no período de 2005 a 2012, os quais são analisados no capítulo 4.

Na perspectiva de identificar algumas tendências na produção do conhecimento sobre Educação Física no contexto do SUS, realizamos pesquisa no Banco de teses da CAPES, em nível de mestrado e doutorado, considerando o período de 2005 a 2010<sup>2</sup>. Para recuperação inteligente de informação, utilizamos as palavras-chave: atividade física, exercício físico, práticas corporais e educação física e seus diferentes intercruzamentos com saúde pública, saúde coletiva, SUS e serviço público de saúde. A pesquisa não foi restrita aos programas de pós-graduação em Educação Física e sim abarcando todos os campos do conhecimento

---

<sup>1</sup> Acesso pelo link: <http://bvsmms.saude.gov.br>.

<sup>2</sup> A pesquisa foi realizada em 2011 na base de dados da CAPES com produções acadêmicas de 2010.

com a finalidade de identificar na base de dados as produções acadêmicas sobre a temática.

Após a recuperação de informação por meio das citadas palavras-chave foram identificadas 25 produções acadêmicas no banco de dados. Como não foi possível ter acesso eletrônico a cinco destas produções acadêmicas<sup>3</sup>, foram analisadas 20 produções. Desse total três foram teses e 17 dissertações. A análise dessas produções acadêmicas também é detalhada no capítulo 4.

A pesquisa foi realizada na cidade de Goiânia/GO, na região noroeste, especificamente, no local aonde foram alojados os trabalhadores do NASF. A implantação do NASF em Goiânia aconteceu em 2008 envolvendo diversos profissionais e departamentos do serviço público de saúde do município. Com efeito, Goiânia implantou a modalidade NASF Tipo I, aquele que deve ser constituído por no mínimo cinco especialidades profissionais (BRASIL, 2008).

A composição deste NASF conta com as seguintes categorias profissionais: nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, médico ginecologista, profissional de educação física, farmacêutico e assistente social. Tais categorias foram escolhidas a partir da análise do perfil epidemiológico da população e da disponibilidade regional desses profissionais (MARTINEZ; PELLIZZARO; SILVA, 2009).

A Secretaria Municipal de Saúde optou por realizar a implantação do NASF em Goiânia de forma gradual, na medida em que essa proposta fosse se consolidando no município e em nível nacional. Neste sentido, o projeto previa a implantação de apenas cinco equipes de NASF na região noroeste (GOIÂNIA, 2009).

A região noroeste foi escolhida para implantação do NASF pelas seguintes justificativas: vulnerabilidade social da região; pela cobertura de aproximadamente 100% de estratégia da Saúde da Família na localidade e pela tradição de acolhimento de experiências-piloto no município (coordenador do NASF, 8/5/2012; profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família,

---

<sup>3</sup> Tentamos buscá-las nos sites dos programas de pós-graduação, via email nas bibliotecas e na substituição por algum artigo publicado. Apenas uma (LOPES, 2008) foi encontrada em formato de artigo científico, o qual foi utilizado para compor a análise desta pesquisa.

8/3/2012; DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE, 2012). Na figura 1, podemos visualizar o mapa geográfico de Goiânia e a localização da região noroeste.

**Figura 1** – Mapa das regiões do município de Goiânia/GO



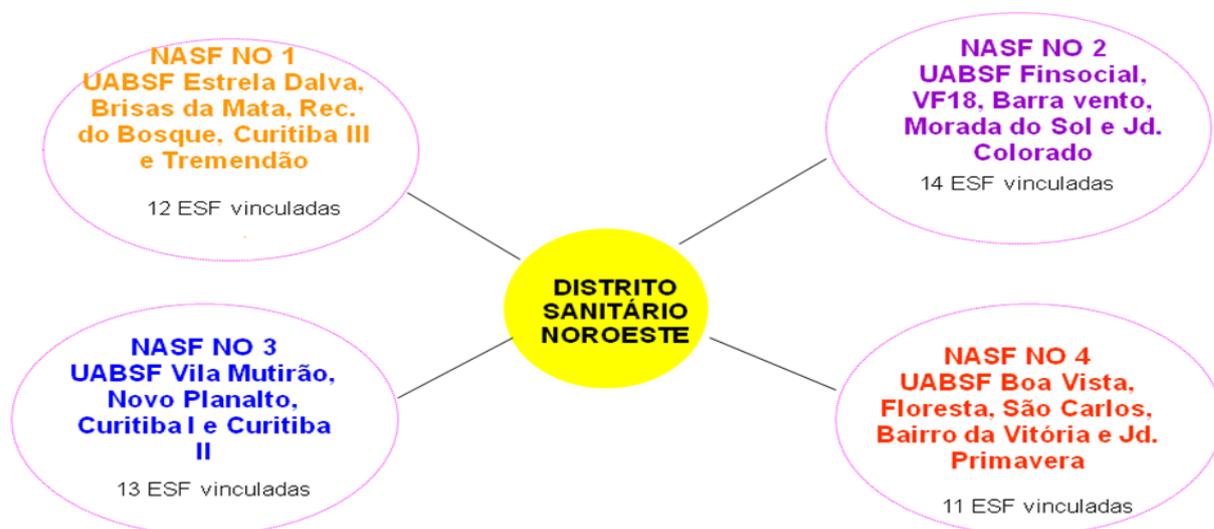
Fonte: DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE (2012).

A região noroeste localiza-se a 18 km do centro de Goiânia e possui uma população estimada de 269.672 habitantes, a qual representa 11,2% da população geral do município. Na região existem 62.481 residências, distribuídas em aproximadamente 48 bairros. A maior parte da população (92%) é de baixa renda e trabalha no mercado informal (DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE, 2012). Em torno de 85% dos moradores da região são migrantes e concentram-se em áreas irregulares de ocupação. Nos serviços de saúde da região estão cadastradas 38.823 famílias, ou seja, grande parte da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) (NASF, 2012a).

No que tange a organização do sistema de saúde na localidade, na Atenção Básica existem 19 unidades de saúde, as quais abrigam 51 equipes com estratégia de Saúde da Família, destas 28 possuem equipes de saúde bucal (DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE, 2012). Na região também existem unidades de atenção especializada, como dois Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e uma Maternidade.

Importante destacar que, embora a implantação do NASF em Goiânia tenha iniciado em 2008, apenas no ano seguinte foi que ocorreu sua aprovação. Em 2010 aconteceu o processo seletivo e o curso de formação dos profissionais, o qual se estendeu durante aproximadamente um ano. Portanto, o NASF em Goiânia iniciou seu trabalho no território em Junho de 2011. Em Janeiro de 2012 havia 16 profissionais no NASF, incluindo a coordenadora, que ofereciam apoio a 51 equipes de saúde da família (figura 2). Com efeito, apenas quatro equipes foram possíveis de serem compostas naquele momento, diferente do previsto no projeto de implantação de cinco equipes. No decorrer dos primeiros seis meses de 2012 foram contratados mais três profissionais, totalizando, portanto, 19 trabalhadores até Junho de 2012. Um desses profissionais foi o primeiro a compor a quinta equipe do NASF. Além desses profissionais, o NASF também era composto por um auxiliar administrativo, um auxiliar de limpeza e três motoristas (diário de campo, 10/07/2012, informações da coordenação do NASF).

**Figura 2** – Distribuição das equipes NASF em Goiânia/GO por unidades de saúde e equipes de ESF da região noroeste.



Fonte: DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE (2012).

Após análise e aprovação da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (ANEXO B) no final do ano de 2011, iniciamos os trabalhos de campo em 27 de janeiro de 2012, o qual perdurou até 10 de julho daquele ano. De forma geral, foram acompanhadas, aproximadamente, 40 atividades do NASF nesse período. Salientamos que, diante da implantação gradual do NASF em Goiânia em apenas uma região do município, foi possível investigar todas as equipes implantadas.

Em síntese foram investigados três gestores e 18 profissionais do NASF em Goiânia/GO, os quais compunham a totalidade dos profissionais que trabalhavam diretamente no NASF e aqueles identificados com um envolvimento importante com essa política. Esses sujeitos foram convidados para a participação da pesquisa e, aqueles que concordaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Logo nas primeiras semanas do processo investigativo de campo, foi sugerido pela pesquisadora um momento apropriado para apresentação da pesquisa para os profissionais do NASF, o qual foi marcado em acordo com os trabalhadores para o dia 27 de fevereiro de 2012. Como esse momento ocorreu dois meses depois de

iniciada a participação da pesquisadora nas atividades do NASF, os profissionais também solicitaram que essa apresentação também abordasse uma avaliação do trabalho desenvolvido por eles. Nesse sentido, esse momento tornou-se também uma avaliação parcial do trabalho com os profissionais do NASF.

A apresentação da investigação e avaliação parcial do trabalho com os profissionais do NASF constituíram em um momento delicado e construído de maneira cuidadosa, pela importância da concretização das premissas da pesquisa participante, especialmente, no que se refere ao envolvimento dos sujeitos com a investigação. Além disso, também foi essencial para criar vínculos de confiança com os trabalhadores, os quais nas primeiras semanas de investigação davam indícios de estranheza, apesar da rotineira solicitude e entusiasmo com a pesquisa. Nesse sentido parece provável que mais do que uma avaliação parcial do trabalho, os profissionais do NASF desejavam ouvir as intenções, os objetivos e o comprometimento da pesquisadora com a realidade de trabalho. Alguns desses elementos ficaram explícitos na fala de muitos trabalhadores durante essa apresentação, tais aspectos são abordados no capítulo 5 desta tese.

Concomitantemente, estabelecemos um contato inicial com os profissionais de Educação Física que trabalhavam no NASF para que fosse possível (re)avaliar com mais cuidado e com base na realidade as estratégias e instrumentos de coleta de dados. Afinal, não se tinha conhecimento da organização do processo de trabalho nos seis meses iniciais de atividades do NASF e de como a especificidade do trabalho da Educação Física estava sendo desenvolvido naquele contexto. Não se tinha clareza, por exemplo, se era possível investigar o trabalho dos profissionais de Educação Física e/ou de todos profissionais do NASF; quais atividades e projetos existiam e aqueles que poderiam e deveriam ser observados; e se apenas uma equipe NASF seria analisada ou se era possível investigar todas elas.

Após identificação desses elementos, avaliamos de forma conjunta com os trabalhadores o acompanhamento das atividades coletivas considerando o processo ainda inicial de trabalho. Também foi sugerido o acompanhamento de um projeto de território sobre saúde do trabalhador, indicado pelos profissionais como aquele que apresentava alguns elementos próprios do trabalho da Educação Física no NASF. Essas indicações ocorreram em virtude da priorização da construção coletiva da

organização do trabalho pelos profissionais, deixando para um segundo momento às especificidades profissionais. Esses elementos também são desenvolvidos com mais detalhes no capítulo 5.

Após aproximação inicial com a realidade de trabalho do NASF definiram-se os seguintes instrumentos de coleta de dados:

- Questionário para identificação do perfil sócio-profissional dos 21 participantes da investigação (APÊNDICE B);
- Observação participante das atividades do NASF, a partir de um roteiro de observação (APÊNDICE C), com registro sistemático em diário de campo; e
- Entrevistas semi-estruturadas, aplicadas para cinco trabalhadores do NASF, além dos três profissionais de Educação Física. Também foram entrevistados a coordenação do NASF, um gestor do Distrito Sanitário Noroeste e um gestor da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família de Goiânia. Os profissionais do NASF foram selecionados buscando contemplar a representação de um profissional por categoria e por equipe NASF. Para tanto, foram construídos diferentes roteiros para aplicação das entrevistas para os gestores (APÊNDICE D), profissionais do NASF (APÊNDICE E) e profissionais de Educação Física (APÊNDICE F). As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para análise dos dados.

Em virtude da quantidade significativa de material coletado utilizou-se o *software* Webqda para nos auxiliar na organização e análise dos dados empíricos. Para análise de todo material coletado foi utilizada a técnica de Análise Temática, a qual segundo Minayo (2010) é uma das mais adequadas formas de investigação qualitativa do material sobre saúde. Essa técnica foi organizada em três momentos:

- i) *Pré-análise* – Nessa fase selecionamos todo o material a ser analisado (marcos legais, os registros em diário de campo, as transcrições das entrevistas e os dados sócio-profissionais) estabelecendo um contato exaustivo com seu conteúdo; considerando as normas de validade qualitativa (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); e buscando responder às indagações iniciais. Essa fase pode ser dividida em leitura flutuante, a constituição do corpus ou da totalidade do material estudado e a (re)formulação de hipóteses e dos objetivos iniciais da

pesquisa. Foi nesse momento pré-analítico que definimos as unidades de registro e suas respectivas unidades de contexto a partir das seguintes frases provisórias: “interdisciplinaridade como negação das especialidades profissionais”; “as condições de trabalho e as relações político-administrativas do NASF”; e “as contradições do trabalho do NASF e das equipes com estratégia da Saúde da Família”. No processo de categorização, incorporamos alguns conceitos teóricos como educação permanente, apoio matricial e interdisciplinaridade, os quais nos pareceram importantes para orientar e refinar nossa análise;

- ii) *Exploração do material* - Nessa fase ocorreu a operação de codificação propriamente dita, na qual buscamos “reduzir” o material analisado às suas expressões significativas. As unidades de registro e contexto foram recortadas do material para em seguida poderem ser visualizadas com mais clareza em sua repetição e significado. No final, foi realizado um processo de classificação elencando as categorias empíricas e/ou teóricas advinda da análise e
- iii) *Tratamento e interpretação dos resultados obtidos* - Buscamos compreender o significado das informações obtidas por meio da presença ou frequência de núcleos de sentido. Retornou-se às questões e objetivos da pesquisa em um processo dialético de (re) construção do material empírico coletado com novas mediações (MINAYO, 2010).

### 3. A POLÍTICA DE SAÚDE E O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Neste capítulo buscamos elucidar alguns movimentos internacionais do campo social da saúde, os quais tiveram influência marcante na constituição das políticas de saúde de vários países, inclusive na brasileira. Após análise mais ampla, buscamos reconstruir a conjuntura política e histórico-social que marcou a emergência da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), subsidiando análises que indicam um modelo de saúde centrado na Atenção Básica, especificamente na estratégia da Saúde da Família.

Nesse contexto estão, em nossa compreensão, os elementos que sustentaram a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os pressupostos basilares que constituem o trabalho dos profissionais que o compõem, entre eles o profissional de Educação Física. Tendo esse elemento como ponto de partida, buscamos compreender as relações históricas e os diálogos construídos entre a Saúde Pública e Educação Física – nos marcos legais e na produção acadêmica –, analisando os elementos que vêm tencionando o trabalho deste profissional e suas possíveis contribuições para o trabalho dos NASF.

#### 3.1. OS MOVIMENTOS INTERNACIONAIS DO CAMPO SOCIAL DA SAÚDE

O campo da saúde, historicamente, tem se constituído por relações de disputa e de movimentos de recomposição na articulação entre Estado e sociedade, os quais determinam, em diferentes contextos históricos, as respostas sociais às necessidades de saúde da população (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Para Foucault (1979), o nascimento da medicina social ocorreu no contexto de formação dos Estados modernos europeus, em fins do século XVIII e início do século XIX. Ocorreu, especialmente, em países como a Alemanha, França e Inglaterra, os quais foram denominados, respectivamente, de *polícia médica*, *medicina urbana* e *medicina da força de trabalho*. Nesse contexto histórico, as bases doutrinárias do discurso social da saúde tinham como propósito o disciplinamento dos corpos, mediante a higiene a partir de normatizações e preceitos da boa saúde com cunho fortemente moral, mas também na definição do Estado como

responsável pela implantação de políticas e como agente fiscalizador (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Na América Latina, os pressupostos da medicina social foram incorporados somente a partir de 1970, constituindo-se o chamado movimento latino-americano de Saúde Coletiva ou medicina social (BREILH, 2006).

Na segunda metade do século XIX, o caráter social da medicina era reconhecido por médicos, filósofos e pensadores como Neumann, Virchow, Engels, Guérin (NUNES, 2009), Chadwick e Villermé (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) em um contexto no qual as condições para emergência da medicina social estavam postas. Essa conjuntura impulsionou um movimento revolucionário que se espalharia por toda Europa. No contexto da Revolução industrial, com mudanças bruscas nas condições de vida e saúde da população, particularmente nos países que atingiram maior grau das forças produtivas, surgiram propostas que compreendiam a crise sanitária como “um processo político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 302). Esse período marca a constituição de alguns pressupostos doutrinários e conceituais da relação entre saúde e sociedade presentes até os dias atuais:

- 1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros;
- 2) que as condições sociais e econômicas tem um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente;
- 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas (NUNES, 2009, p. 20).

A defesa da saúde como questão política e social foi sufocada pela derrota das Revoluções de 1848. Frente a esses fatos, o movimento de medicina social e reforma da saúde em sua acepção mais ampla foi substituído por um limitado programa de reforma sanitária (NUNES, 2009). Nos Estados Unidos e na Inglaterra, ganhava força um movimento denominado de “sanitarismo”, cujos aportes centrais estavam voltados para ações profiláticas do Estado no âmbito do saneamento, imunização e controle de vetores focalizados, principalmente, em setores excluídos e aos pobres (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O processo de hegemonização do “sanitarismo”, disseminado posteriormente como “saúde pública”, foi impulsionado pela ascensão do paradigma microbiano ou da “era bacteriológica” (BARROS, 2002), elementos esses que redefinem as bases

sociais do campo da saúde no ocidente (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). A teoria microbiana vai ganhando destaque a partir dos anos de 1860 com especial contribuição das descobertas de Louis Pasteur e Robert Kock. O primeiro com avanços importantes na descoberta do papel das bactérias, da vacina anti-rábica e contra o Anthrax e o segundo com a descoberta do agente etiológico da tuberculose e dos “postulados de Kock” que alicerçam o raciocínio mecanicista e a correlação de causa-efeito do processo saúde-doença (BARROS, 2002).

Esse novo paradigma instituiu o conflito entre os enfoques biológicos e sociais da compreensão do processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007) pautado na idéia de que a determinação de doenças é provocada por microrganismos em uma relação unicausal, na qual um agente x determina (ou é a causa) a doença y (AROUCA, 2003). Os estudos etiológicos do século XIX foram baseados nos métodos de John Stuart Mill, fortemente influenciados pelo positivismo, apesar dos estudos da medicina social já reconhecerem a multicausalidade do processo saúde-doença (AROUCA, 2003).

Importante destacar que a medicina respalda-se até os dias atuais em um raciocínio do tipo mecanicista, ancorado no método cartesiano-newtoniano e nos fundamentos do empirismo de Bacon. Esses subsidiaram imprescindíveis avanços das ciências biológicas a partir do século XVII, apesar dos descaminhos trilhados após a Revolução Industrial no contexto de consolidação do modo de produção capitalista, não somente no campo da medicina como “modelo biomédico”, mas como explicação geral das leis da natureza (BARROS, 2002).

Em consonância com esses movimentos, ocorreram debates intensos, em especial nos Estados Unidos, sobre a relação entre medicina e saúde pública. Esses fundamentos foram influenciados por um estudo denominado *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, publicado em 1910 e conhecido como relatório Flexner. Esse documento desencadeou profundas reelaborações nas bases científicas da medicina e impulsionou reformas nas escolas médicas, reorganizando e regulamentando o ensino nessas instituições. Contudo, alicerçou como princípios da formação médica a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença, no hospital e no conhecimento experimental, reforçando “a separação entre individual e coletivo,

privado e público, biológico e social, curativo e preventivo” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 303; PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

A primeira escola de medicina norte-americana foi criada em 1916, financiada pela Fundação Rockefeller, na Universidade Johns Hopkins. A compreensão dessa escola sobre o enfoque da saúde pública tinha como referência o controle de doenças específicas sob o conhecimento da bacteriologia “[...] que passa a se distanciar das questões políticas e dos esforços por reformas sociais e sanitárias de caráter mais amplo” (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 79). O “modelo” de Hopkins foi disseminado internacionalmente, com apoio da Fundação Rockefeller em mais de 15 países como, por exemplo, o Brasil a partir da Faculdade de Higiene e Saúde Pública de São Paulo (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O acelerado processo de industrialização na Europa a partir do século XX e a transformação do consumo como passaporte para níveis cada vez maiores de um suposto “bem-estar e felicidade” foram estabelecendo a dependência e o simbolismo da sociedade ao acesso às “tecnologias diagnóstico-terapêuticas” (BARROS, 2002, p. 77). Nesse sentido, “a eficácia e efetividade das mesmas passam a confundir-se com seu grau de sofisticação” (BARROS, 2002, p. 77). O aprofundamento da compreensão do organismo em partes deu espaço para o inevitável processo de super e subespecializações da medicina, consolidando o modelo biomédico no século XX e, como parte dele, o processo de medicalização. Esse processo também denominado de “medicalização social” pode ser compreendido como a dependência e consumo cada vez mais acentuados dos indivíduos e da sociedade do uso de serviços médicos-assistenciais. Neste constructo, fenômenos humanos são considerados “doenças”, em um processo de patologização e devem, por isso, serem tratados e solucionados por procedimentos médicos (BARROS, 2002, p. 77).

Exemplo cabal desse processo é o “valor simbólico” atribuído aos fármacos, elemento esse muito bem explorado pela indústria farmacêutica no sentido de potencializar seu papel “extra-técnico”. “Em uma sociedade em que, para quaisquer problemas, busca-se um remédio oferecido pela ciência, os antigos instrumentos de dominação mágica do mundo foram substituídos por objetos técnicos” (BARROS, 2002, p. 78). A especialização da medicina e o processo de medicalização foram

objetos de vários estudos, a partir da década de 1970, dos quais se destaca as contribuições de Ivan Illich.

Após a Primeira Guerra Mundial, a Inglaterra reorganiza seus departamentos governamentais e como resultado desse processo cria, em 1919, o Ministério da Saúde. Uma das primeiras ações desse Ministério foi a designação do Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, o qual apresentou, em 1920, o “Informe Dawson” sobre o futuro destes serviços naquele país. Este Conselho tinha como objetivo “considerar e formular recomendações acerca do esquema ou os esquemas necessários para proporcionar de forma sistemática aqueles serviços médicos e afins” (OPAS, 1964, p.2). Esse documento expressou a tentativa de enfrentamento da baixa resolutividade da atenção médica e dos problemas crescentes com seu elevado custo e complexidade na Inglaterra, ao mesmo tempo em que expressava a sua contraposição ao modelo flexneriano americano (MATTA; MOROSINI, 2008). Um trecho do documento pode elucidar a proposta:

A disponibilidade geral dos serviços médicos só pode ser garantida mediante uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custo, assim mesmo para o benefício do público e da profissão médica. Com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas da saúde e das enfermidades se tornaram mais complexas, reduzindo-se ao âmbito das ações individuais e exigindo, mudanças, esforços combinados. Para que estas possam render melhores resultados devem concentrar-se na mesma instituição. Na medida que aumentam a complexidade e o custo do tratamento, diminuem o número de pessoas que podem pagar por toda gama de serviços [...] (OPAS, 1964, p. 3).

É no Informe Dawson que a ideia de “atenção primária” é rascunhada pela primeira vez, posteriormente disseminada com a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, no Cazaquistão (antiga União Soviética), em 1978. A atenção primária foi compreendida como um modelo de organização de atenção à saúde hierarquizado e integrado com serviços: domiciliares, suplementares, centros secundários de saúde, hospitais docentes com escolas de medicina e demais estruturas e serviços existentes<sup>4</sup>. No documento

---

<sup>4</sup> Importante destacar que o Informe Dawson já havia incorporado às ações da Educação Física como integrada à proposta de reorganização dos serviços médicos na Inglaterra. No documento original em inglês, essas ações foram denominadas de “physical culture” (SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION, 2013). Diante do pionerismo da formulação de Atenção Primária à Saúde esboçada no Informe,

também é possível identificar as noções de regionalização, no sentido de atender as diversas regiões nacionais e suas necessidades de saúde, assim como de integralidade, caracterizada pela indissociabilidade entre ações curativas e preventivas, elementos que compõem os diversos arranjos de Atenção Primária à Saúde em vários países (MATTA; MOROSINI, 2008). Outra passagem do Informe pode ser ilustrativa dessas ideias:

Os centros de saúde podem ser primários ou secundários: o primeiro presta um serviço mais simples e o último mais especializado [...] Os serviços domiciliares de uma determinada região devem ser baseados em um centro de saúde primária, ou seja, uma instituição equipada de serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais, em conjunto com um eficiente serviço de enfermagem e com apoio de consultores e especialistas visitantes. Os centros de saúde primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as condições locais [...] (OPAS, 1964, p. 4).

Ao contrário da maioria dos países europeus, na década de 1940 propõe-se uma reforma setorial nos Estados Unidos com uma “vaga ênfase na prevenção”, em resposta ao contexto de pós-crise econômica de 1929 e dos aumentos crescentes dos custos na área da saúde com a acelerada especialização e tecnologização da prática médica (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Para Arouca (2003, p. 172) é importante compreender a necessidade discursiva no pós-guerra de onde surgem o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e o discurso preventivista. No documento de criação da OMS em 1948, saúde foi compreendida como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade”. Apesar dos avanços na tentativa de compreender a saúde de forma multifatorial e positiva, muitas críticas foram realizadas a esse conceito, especialmente, pela sua perspectiva idealista, pouco dinâmica e apoiada em uma visão subjetiva de “bem-estar” (BATISTELLA, 2007). O discurso preventivista incorpora a “História Natural” em toda sua dimensão e estabelece uma reorganização do conhecimento médico, obedecendo à mesma lógica em que se desenvolveu o mecanicismo cartesiano. A

---

parece-nos que se constitui como um dos primeiros documentos internacionais que relaciona a Educação Física à Saúde Pública. Por essa razão carece de estudos mais detalhados que possam problematizar os conceitos e às funções sociais atribuídas à Educação Física considerando o período histórico em que o Informe foi produzido.

adjetivação “preventiva” surge como uma emergência conceitual buscando dar “nova” vida ao substantivo “Medicina” já desgastado.

A teoria da “história natural das doenças”, formulada por Leavell e Clarck, assume o conceito de saúde da OMS e o de Perkins, no qual saúde é um estado relativo e dinâmico de equilíbrio, compreendido em uma escala de graduação semelhante a um termômetro. Nesse constructo, a doença é resultado de interação entre o homem, agente e o ambiente. Leavell e Clarck propõem três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), incorporando a promoção da saúde como uma ação da prevenção primária (WESTPHAL, 2009).

A teoria de Leavell e Clarck estabelece tradicionalmente o conceito de promoção da saúde, retomado na década de 1970 a partir de outras acepções, principalmente no Canadá, Estados Unidos e em alguns países da Europa (HEIDMANN et al., 2006). Para Westphal (2009), tal teoria utiliza, por vezes, a promoção e prevenção da saúde com o mesmo significado, compreensão presente até hoje na prática de muitos profissionais de saúde. A seguir apresenta-se o conceito de promoção da saúde de acordo com Leavell e Clarck.

Corresponde a medidas gerais, educativas, que objetivam melhorar a resistência e o bem-estar geral dos indivíduos (comportamentos alimentares, não ingestão de drogas, tabaco, exercício físico e repouso, contenção de estresse), para que resistam às agressões dos agentes. Estes mesmos indivíduos devem receber orientações para cuidar do ambiente para que este não favoreça o desenvolvimento de agentes etiológicos (comportamentos higiênicos relacionados à habitação e entornos) (WESTPHAL, 2009, p. 641).

O conceito de causalidade vigente à época é reducionista, tratando as categorias de forma linear e homogênea. Aparentemente liberta-se da unicausalidade para se prender nas “redes de causalidades”, em um novo processo de monismo causal (AROUCA, 2003).

O mesmo autor citado acima realiza um extenso estudo sobre o “dilema preventivista”, dos quais se destaca: a mitificação do social, a desteorização e a concepção de história envolvida na medicina preventiva. O autor salienta o processo de alienação e despolitização dos conceitos, transformando o social em mito, em que esse aparece como “nomeação” e não como mecanismo explicativo (AROUCA, 2003).

A compreensão do social como atributo e não como explicação promove o ocultamento das diferentes concepções e conflitos entre teorias sobre o social. “Não existe identidade entre categorizar indivíduos segundo sua renda, escolaridade, profissão etc., afirmar uma estratificação social, por um lado, e, por outro, afirmar a sociedade dividida em classes [...] (AROUCA, 2003, p. 173). As técnicas e condutas da medicina, classificadas em níveis de prevenção, são “naturais” e cronológicas, mas não são históricas.

[...] Não é homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim, não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto dos seus atributos que se transformam em fatores de morbidade [...] ao tornar-se mito, o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações desse espaço contraditório da saúde e da doença (AROUCA, 2003, p. 173-174).

Organismos internacionais como OMS e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), disseminaram o novo movimento buscando internacionalizar a chamada “Medicina Preventiva” com poucos impactos na América Latina e na Europa (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Na década de 1960, os Estados Unidos enfrentaram ampla mobilização popular em torno de questões sociais como a guerra do Vietnã, pobreza e racismo. O Estado responde oferecendo assistência simplificada a populações excluídas, intervindo de forma local com intuito de dissipar as tensões sociais nos principais “guetos” das cidades norte-americanas. Com isso, retomou alguns elementos basilares da medicina preventiva com ênfase nas ciências da conduta aplicadas à saúde. A partir desses preceitos, organiza-se no campo da saúde o movimento de “saúde comunitária” ou “medicina comunitária”, com implantação de “centros comunitários” com objetivo de desenvolver ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde para populações em setores sociais minoritários. O intuito central era integrar equipes de saúde em “comunidades” consideradas “problemáticas”, “através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 304).

Na América Latina, programas comunitários são implantados com expectativa que servissem de efeito “modelo” para o continente, em especial, no Chile, no Brasil

e na Colômbia, financiados por fundações norte-americanas e respaldados pela OPAS. Nota-se que em 1977 é lançado na Assembléia Mundial dos Povos o conhecido lema “Saúde para Todos no ano 2000” e em 1978 a OMS promove a Conferência Internacional sobre Cuidados primários em saúde em Alma-Ata, a qual implicitamente assume a “medicina comunitária” como ideário para alcançar a “saúde para todos” tendo como estratégia central a Atenção Primária à Saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.305).

Para Matta e Morosini (2008), a Declaração de Alma-Ata representa uma proposta abrangente expressando publicamente, entre outros elementos, a compreensão da saúde como direito humano, resultado das condições econômicas e sociais e das desigualdades entre os países; a redução dos gastos com armamentos e conflitos bélicos; aumento de investimentos em políticas sociais; produção e fornecimento de medicamentos essenciais; e o protagonismo dos governos nacionais na gestão dos sistemas de saúde. Ademais, propõe serviços locais para atender as necessidades das populações a partir de uma perspectiva interdisciplinar – médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários – com participação e controle social.

O *slogan* “Saúde para Todos no ano 2000” representava uma meta idealista, mas inseparável no sentido de articular igualdade e direito à saúde, situando-se como núcleo central e não como parte isolada de um sistema ou, no extremo, como uma atenção periférica e de baixo custo para pobres. Contudo, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido, de forma geral, implantada de maneira compensatória em sistemas de saúde fragmentados e não universais (ROVERE, 2012). A má tradução de APS para o espanhol também contribuiu para promover distorções na América Latina, pulverizando concepções diversas e até opostas, das quais são exemplos mais paradoxais: uma se referindo a “primitivo” ou “pouco civilizado” e outra “o principal” ou “primeiro em ordem ou grau”. Para explicitar a ideia original da Declaração de Alma-Ata, destacamos um trecho deste documento.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autodeterminação. Fazem parte integrante

tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978 apud MATTA; MOROSINI, 2008, p. 46)

Após aproximadamente dois anos de Alma-Ata, Ronald Reagan e Margaret Thatcher assumem, respectivamente, a presidência dos Estados Unidos e o parlamento da Inglaterra alastrando para todo mundo o ideário neoliberal. No campo da saúde, os organismos internacionais assumiram esse eixo conservador culminando na ruptura da UNICEF com a OMS, as quais sustentaram institucionalmente a reunião de Alma-Ata. Nesta trilha, em 1979 Walsh e Warren criaram o conceito de APS seletiva: “uma estratégia para o controle de enfermidades nos países em desenvolvimento” e cinco anos mais tarde reafirmaram esta concepção, quando estiveram à frente de uma Conferência em Bellagio, na Itália, promovida pela Fundação Rockefeller (ROVERE, 2012, p. 335). Uma avaliação dos 35 anos de APS pode ser ilustrativa deste contexto:

[...] depois de Alma-Ata, em 1979, tudo parecia possível. Logo se produziu um sério revés, quando o Fundo Monetário Internacional (FMI) promoveu um Programa de Ajuste Estrutural com todo tipo de privatizações, o que provocou ceticismo em torno do consenso de Alma-Ata e debilitou o compromisso com a estratégia de atenção primária. As regiões da OMS seguiram lutando nos países, mas não se obteve apoio do Banco Mundial nem do FMI. A maior decepção foi quando alguns organismos das Nações Unidas, (por declarações posteriores parece referir-se a UNICEF), passaram a um enfoque ‘seletivo’ da atenção primária em saúde (OMS, 2008 apud ROVERE, 2012, p. 339)

Paralelamente, o movimento de promoção da saúde ganhava contornos internacionais em meados dos anos 1970 como um “novo conceito de saúde”, resultado do debate em torno da determinação social e econômica da saúde (HEIDMANN et al., 2006). As autoras apontam que promoção da saúde foi entendida pelo pensamento médico do século XIX a partir da relação entre saúde e condições de vida e no século XX foi retomada no movimento de crítica ao processo de medicalização da saúde. Para Westphal (2009) foi Henry Sigerist o primeiro sanitário a utilizar o termo no início do século XX, o qual era associado às ações de educação em saúde e de ações estruturais do Estado, no estabelecimento das

funções da medicina, as quais seriam: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de doentes e reabilitação.

Heidmann et al. (2006) chamam atenção para dois acontecimentos: a observação de especialistas da OMS quando da abertura da China nacionalista e o informe Lalonde. Os especialistas da OMS foram a duas missões para a China, em 1973 e 1974, e observaram que os chineses não utilizavam de cuidados médicos convencionais em suas intervenções, aparentemente bem sucedidas, as quais se centravam na Atenção Primária de Saúde. Essas observações e idéias foram desenvolvidas e incorporadas na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela OMS, em 1978.

Além disso, o relatório do ministro canadense Lalonde foi elaborado e publicado em 1974, no qual se questionava os custos e as melhorias de indicadores de saúde, problematizando o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde. Atribuía outras responsabilidades na elaboração de políticas governamentais de saúde como: ambiente (ações denominadas de proteção da saúde) que incluíam o social, o psicológico e o físico; a biologia humana que corresponde à maturidade e envelhecimento, sistemas internos complexos e herança genética; os estilos de vida das pessoas (denominadas de promoção da saúde), os quais são considerados a participação no emprego e riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das atividades de lazer; e o sistema de saúde (denominadas de prevenção), os quais incluem a recuperação, curativo e preventivo (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; WESTPHAL, 2009).

No contexto do Congresso canadense de saúde pública em 1984 foram definidos os princípios da promoção da saúde: 1) envolver a população como um todo ao invés de focalizar em pessoas consideradas de risco e/ou com alguma patologia 2) dirigir a ação sobre os múltiplos determinantes da saúde de ordem social, econômica, cultural, política e ambiental ; 3) combinar métodos e abordagens diversas; 4) objetivar a participação social; e 5) constitui-se como uma atividade do campo social e da saúde e não somente como um serviço (WESTPHAL, 2009).

A institucionalização da promoção da saúde ocorre em 1986 com a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá, na qual foram amplamente divulgados os princípios do movimento com influência marcante

nas discussões e implementações de sistema de saúde em todo o mundo (BUSS; CARVALHO, 2009). Para Westphal (2009, p. 648), a Carta de Ottawa, produto da conferência mencionada, expressa um conceito amplo de saúde como “o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais”. Abaixo se destaca o conceito de promoção da saúde inscrito na conhecida “Carta de Ottawa”:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002, p. 19-20).

No processo de consolidação do movimento de promoção da saúde nos moldes canadenses ocorre, paralelamente, na Europa, o recuo da socialdemocracia, o que resultou em reformas dos sistemas de saúde e seguridade social nos países escandinavos, além do desmantelamento do *Nacional Health Service* da Inglaterra na conjuntura político-econômica liderada por Margareth Thatcher. Nos Estados Unidos, o movimento de promoção da saúde, é incorporado de forma limitada pelos programas acadêmicos conhecidos como *Health Promotion Disease Prevention* (HPDT) focalizados na mudança de estilo de vida em comportamentos considerados de risco. Seguindo esse movimento, a OMS lança o Projeto Cidades Saudáveis em 1986 e em 1991, junto com o Banco Mundial, atualiza os princípios do movimento de promoção da saúde, incluindo a questão do desenvolvimento econômico e social (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O conceito de promoção da saúde foi sendo desenvolvido nas últimas décadas nas sucessivas Conferências Internacionais, sendo seus princípios revisitados e consolidados, de forma contraditória e polissêmica, dos quais Westphal (2009) destaca: i) concepção positiva e holística de saúde, considerando a multicausalidade do processo saúde-doença; ii) equidade; iii) intersetorialidade; iv) participação social (empoderamento) e v) sustentabilidade. Também se destacam

os “campos de ação” da promoção da saúde, inscritos na Carta de Ottawa, a saber: 1. Elaboração de implementação de políticas saudáveis; 2. Reforço da ação comunitária; 3. Criação de espaços saudáveis; 4. Desenvolvimento de habilidades pessoais e 5. Reorientação dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2009).

Ferreira, Castiel e Cardoso (2011, p.866) ressaltam a ambiguidade do conceito de promoção da saúde, analisando duas principais vertentes: i) uma delas denominada de “conservadora ou comportamentalista”, predominante 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 ii) intitulada de “nova saúde pública”, promovida pela OMS na qual seu marco foi a conhecida I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em 1986 no Canadá, que almeja minimizar a marca dos comportamentos de risco, embora centralize o debate para os condicionantes de saúde. Contudo, “[...] a busca por consensos e sua ligação visceral com o Estado [...] enfraqueceram-na como veículo de transformação social” (FERREIRA, CASTIEL, CARDOSO, 2011, p.866). Os autores também identificam uma terceira abordagem ainda inconclusa, que visa superar os limites das duas abordagens anteriores em uma perspectiva crítica.

Para Nogueira (2003, p.176), a “medicina promotora” alcançou, atualmente, grande popularidade e sucesso, constituindo-se como parte do arcabouço da “medicina preventiva” segundo “uma versão cientificamente mais desenvolvida da higiene”. De acordo com o referido autor, a higiene busca alargar o objeto da medicina para além da “enfermidade” se apropriando, em linhas gerais, de “toda a vida do homem sadio”.

[...] a medicina promotora concentra esforços na utilização de uma infraestrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos que se estabelecem como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mal para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve [...] Na sua pregação dos ‘hábitos saudáveis’, que resultam de uma responsabilidade do indivíduo por cada aspecto de sua vida, a medicina promotora faz valer a mesma normalização educativa que se fazia presente na disciplina clássica da higiene do final do século XIX e começo do século XX, a que Arouca vincula o nascimento da medicina preventiva (NOGUEIRA, 2003, p. 178-179).

A polêmica avaliação de risco em saúde sobre grupos, fatores e comportamentos tornou-se objetivo das pesquisas epidemiológicas, dominando o contexto de elaboração de normas de medidas para prevenção de doenças e promoção da saúde (NOGUEIRA, 2003). Segundo Castiel e Vasconcellos-Silva (2006), a retórica promocional utiliza do controle dos “riscos” relacionados ao “estilo de vida” como uma questão privada, individual e estrita a mudanças comportamentais, especialmente no combate as doenças não transmissíveis.

Para Breilh (2006) é importante o debate em torno do pensamento crítico epidemiológico no sentido de superar um rearranjo de velhas idéias e fórmulas funcionalistas, além do interesse institucional da OMS em reavivar a “Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde”.

Apesar do reconhecimento do componente social como determinante da saúde, alguns autores (LAURELL, 2012; BREILH, 2011) indicam que esta incorporação não representa uma mudança paradigmática, uma vez que apenas opera com uma mudança semântica, mantendo a lógica dos “fatores de risco”. A crítica tem sido feita à recente instalada Comissão de Determinantes Sociais, da OMS, que retoma o conceito de determinação social das formulações doutrinárias da medicina social latino-americana, mas o faz conservando a concepção de fatores causais de morbidade e mortalidade, seguindo o modelo da epidemiologia tradicional (CEBES/ALAMES, 2011).

Breilh (2010, p.15) salienta que, apesar dos avanços na compreensão da saúde-doença, há necessidade de superar a visão multifatorial, pois a saúde humana inclui processos de caráter biológico socialmente determinados. Há segundo o autor “uma historicidade do biológico” ou “humanização dos processos biológicos humanos e ecológicos”.

A conexão entre biológico e o social, portanto, não se reduz a um vínculo externo, posto que há um nexos interno, essencial, dado pelo movimento de subsunção. A moderna biologia estabelece a unidade dinâmica de movimento entre ambiente, fenótipo e genótipo, não como um processo de adaptação dos organismos ao ambiente, senão como uma mudança permanente de padrão de transformação mútua que se estabelece entre aqueles e o ambiente, entretanto nessa mudança incide hierarquicamente a determinação social. Isso é o que queremos dizer ao sustentar que o biológico se desenvolve sob subsunção do social (BREILH, 2010, p.16).

A saúde-doença é produzida processualmente no movimento contraditório da reprodução da vida social. A constituição histórica das distintas classes sociais, permeadas pelas relações étnicas e de gênero, também determinam os modos de vida coletivos e estilos de vida. Breilh também destaca a armadilha daquilo que ele denomina de “tirania da particularidade”. O autor argumenta a necessidade de se valer de mediadores para compreensão do processo saúde-doença. Para tal elege as categorias de classe, gênero e etnia, consideradas como a “tríplice iniquidade”, pois se constituem como expressões históricas de opressão, devendo, portanto, serem reconhecidas em um projeto de emancipação e transformação (BREILH, 2006).

A determinação social do processo saúde-doença não ocorre de forma linear, mas é produto e resultado do modo de produzir nossa existência e do nível de organização e das lutas de classe. Breilh (1997) afirma que os aspectos protetores e destrutivos do processo saúde-doença estão em constante oposição, em todos os níveis da vida social (da superestrutura à singularidade dos sujeitos), e como as pessoas trazem heranças biológicas diferentes e são formadas em ambientes peculiares, mesmos estímulos vão produzindo efeitos também diferentes.

No subcapítulo seguinte objetivamos compreender como esses movimentos internacionais se desdobraram no decurso histórico da constituição da política de saúde brasileira. Buscamos os fundamentos que caracterizaram a formação social brasileira e as especificidades no campo da saúde que tornaram suas análises próprias, ainda que inseridas no contexto político-econômico da internacionalização do modo de produção capitalista.

### 3.2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Atualmente, se algum entrevistador perguntasse às pessoas que passam pela rua o que é o SUS, as respostas possivelmente seriam as mais diversas. Um(a)s diriam que o SUS é a fila dos hospitais e postos de saúde. Outras citariam as pessoas nas macas em corredores de pronto-socorros, esperando ser atendidas. Muitas afirmariam que o SUS é o atendimento para os pobres, àqueles que não têm plano de saúde, nem podem pagar médico particular [...] Se essa mesma pergunta fosse feita a médicos e donos de hospitais e laboratórios, possivelmente responderiam que o SUS paga mal. Para eles não é o governo o responsável por tal pagamento, mas o SUS, uma espécie de sujeito mais ou menos oculto. [...] caso se indagasse a um prefeito e a um político o que é o SUS, provavelmente

responderiam que é uma verba insuficiente [...] certamente se queixariam da burocracia para receber o dinheiro, que nem daria para pagar os medicamentos, os médicos, as ambulâncias e os hospitais [...] Todas as mazelas mencionadas já perseguiam a sociedade brasileira muito antes de ser implantado o SUS. Como algo pode ser a causa de tantos problemas chegando tanto tempo depois? (PAIM, 2009, p. 70-72).

A partir do trecho acima de Jairnilson Paim (2009), buscamos, no emaranhado de variadas visões e possíveis distorções sobre o SUS, evidenciar a necessidade de uma perspectiva histórica para compreender os processos sociais que impulsionaram a criação de um sistema público de saúde no Brasil. Pretendemos trazer à tona as correlações de força em movimento no processo de reforma sanitária e pós-constituente, os quais determinaram a conformação do SUS com seus limites e avanços. Nessa trilha, buscamos analisar, de forma mais detalhada, a centralidade da atenção básica, em especial, a estratégia da saúde da família e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), objeto de estudo desta pesquisa.

No Brasil, de forma geral, é possível identificar as características essenciais do surgimento e desenvolvimento da política social, no entanto há também marcas particulares de um país que se situa na periferia do mundo capitalista, as quais o distinguem dos demais.

Desde a vinda da família real para o Brasil, em 1808, a questão da saúde foi estreitamente relacionada a interesses políticos e econômicos do Estado, em garantir riqueza a partir do controle da mão de obra e dos produtos, valendo-se de ações de âmbito coletivo para controle de doenças, disciplinamento e regulamentação do ensino e da prática médica (BAPTISTA, 2007), de acordo com as práticas já existentes na estruturação dos Estados modernos na Europa no século XVIII (BAPTISTA, 2007; FOUCAULT, 1979; ROSEN, 1979).

Nesse período, existia um número reduzido de médicos, alguns físicos e cirurgiões-barbeiros formados na metrópole ou nas Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e Rio de Janeiro, criadas em 1808. A maioria da assistência em saúde era prestada por práticos, os quais transmitiam seus conhecimentos pelo treinamento prático ou pela tradição oral para seus aprendizes. As Santas Casas existiam no Brasil desde o século XVI e os hospitais militares e lazarentos – instituições que abrigavam pessoas com hanseníase – foram criados no século XVIII (PIRES, 2008).

Com a independência do país, há incorporação de novos elementos inspirados no liberalismo, mas coexistiram aspectos conservadores da ordem social, os quais marcaram a formação social brasileira pela heteronomia e dependência. No Brasil a retórica liberal é uma “espécie de comédia ideológica” que combina favor, clientelismo e escravidão (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As políticas de saúde ganham mais atenção após a proclamação da República em 1889 constituindo-se como necessidade para fortalecimento e consolidação econômica da burguesia cafeeira. Os interesses estavam na manutenção dos trabalhadores saudáveis, distanciando-os das epidemias, as quais se alastravam pelas cidades em decorrência das péssimas condições de saneamento. Foram, então, criados a Diretoria Geral de Saúde Pública e o Instituto Soroterápico de Manguinhos (atualmente Instituto Oswaldo Cruz), respectivamente, em 1897 e 1900; incentivo a pesquisas no Brasil e no exterior e uma reforma ampla na saúde, sob a coordenação de Oswaldo Cruz, as quais previam práticas com extrema rigidez sob a fiscalização da polícia sanitária (BAPTISTA, 2007).

O código sanitário na época foi considerado “código de tortura”, que instituiu, dentre outros elementos, a desinfecção, campanhas de vacinação compulsórias e a atuação da polícia sanitária, a qual tinha a função de notificar as doenças (febre amarela, varíola e peste bubônica) e doentes, submetendo-os a quarentena e tratamento em fazendas distantes, quando dispunham de recursos financeiros, ou em hospitais gerais, conhecidos como matadouros. Apesar da eficácia no controle de algumas doenças nos anos posteriores, esses métodos foram muito criticados e provocavam medo e paúra na população, também pelo desconhecimento dos efeitos da vacina no organismo, culminando em um movimento popular no Rio de Janeiro conhecido como revolta da vacina (BAPTISTA, 2007).

A questão social no Brasil, contudo, somente se colocou como um problema político no século XX, como podemos identificar na passagem a seguir:

[...] Não houve no Brasil escravista do século XIX uma radicalização das lutas operárias, sua constituição em classe para si, com partidos e organizações fortes. A questão social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as

primeiras lutas de trabalhadores e primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 78-79).

A chegada dos imigrantes no Brasil, influenciados pelos movimentos anarquistas e socialistas na Europa, estabeleceu forte presença desse ideário no cenário político e social brasileiro, contribuindo para a mudança na correlação de forças, em especial, com a formação dos primeiros sindicatos no início do século XX. Sob pressão dos trabalhadores, houve redução da jornada de trabalho e regulamentação acerca dos acidentes de trabalho. No entanto, já era possível notar as dificuldades de implementar e assegurar as leis criadas com limitações no que tange às condições coletivas de trabalho. Esses elementos persistem até hoje na política social brasileira (BEHRING; BOCHETTI, 2011).

No contexto de crise do Estado exportador brasileiro com a paralisação do comércio cafeeiro, de revoltas populares, movimentos anarquistas e comunistas, criam-se as bases para o primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro, o qual se concretizou a partir de 1930 no governo de Getúlio Vargas. Em 1923, o chefe de polícia Eloy Chaves, propôs uma lei que regulamentava, sem nenhuma contribuição financeira do Estado ou responsabilidade administrativa, a formação de caixas de aposentadorias de pensões (Caps) para algumas fortes organizações trabalhistas e de interesse do governo brasileiro, como os ferroviários e os marítimos. Nessa época também foram criadas duas importantes instituições: o Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) (BAPTISTA, 2007).

A chamada formação do Estado social brasileiro nos anos de 1930-1943 desenvolveu-se de forma corporativista e fragmentada, distante da perspectiva de universalização de inspiração Beveridgiana dos países europeus. Essa perspectiva foi impulsionada pelas reivindicações da classe trabalhadora ao longo do século XIX na Europa e ampliada sobre a influência de um documento publicado na Inglaterra em 1942 conhecido como *Plano Beveridg* a partir de uma nova proposta de organização das políticas sociais. Esse documento sintetizava uma crítica aos seguros sociais de caráter bismarkianos, os quais tinham como características gerais o direito aos benefícios, na maioria das vezes, restritos aos trabalhadores contribuintes e suas famílias e financiados pelas contribuições diretas dos

empregados e empregadores. Segundo esse Plano, os princípios das políticas sociais deveriam se fundamentar nos seguintes elementos:

- 1) responsabilidade estatal na manutenção das condições de vida dos cidadãos, por meio de um conjunto de ações em três direções: regulação da economia de mercado a fim de manter elevado nível de emprego; prestação pública de serviços sociais universais como educação, segurança social, assistência médica e habitação e um conjunto de serviços sociais pessoais;
- 2) universalidade dos serviços sociais e
- 3) implantação de uma 'rede de segurança' de serviços de assistência social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 94).

Distante dessa concepção, no Brasil, a carteira de trabalho representava o documento da cidadania, assegurando alguns direitos para o trabalhador que possuía registro de emprego. As medidas de proteção social seguiram o modelo de cobertura de riscos da maioria dos países desenvolvidos, a saber: a regulação dos acidentes de trabalho, aposentadorias e pensões, auxílio doença, maternidade, família e seguro-desemprego (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

De acordo com Paim (2009), há estudos que apontam que houve no Brasil a formação de três subsistemas de saúde, desde o início do século XX, os quais se desenvolveram de forma relativamente autônomas e distintas, a saber: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. A organização dos serviços de saúde constituía-se de forma fragmentada, pois as ações voltadas à prevenção, ao ambiente e à coletividade eram conhecidas como saúde pública; a saúde do trabalhador estava separada e localizada no Ministério do Trabalho; e as ações curativas e individuais eram reconhecidas como vinculadas à medicina previdenciária, articuladas às modalidades de medicina liberal, filantrópica e, mais adiante, empresarial (PAIM, 2009).

Até a década de 1940 a prática em saúde no Brasil era desenvolvida no domicílio do paciente e no consultório médico, com uso de instrumentos relativamente simples (como bisturi, pinças, estufa e equipamentos para aplicação de radiação), diagnósticos básicos (com anamnese, exames físicos, com algum uso do RX e poucos exames laboratoriais), com recursos terapêuticos que previam a formulação do medicamento, o qual era preparado pelo farmacêutico, em um formulário clínico e com orientações gerais ao paciente (PIRES, 2008).

O esboço da política social brasileira é marcado pela Constituição de 1937 e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) promulgada em 1943, as quais selam o modelo corporativista e fragmentado brasileiro. O período de 1946-1964 é inflamado por uma forte disputa de projetos e pela intensificação da luta de classes, em um contexto de substituição pelo modelo importador, implicando em uma organização política mais intensa dos trabalhadores e de sua consciência de classe. Por tudo isso, a questão social sofre uma paralisia, se expandindo de forma lenta e seletiva (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Nos anos 1950 se configurou no Brasil um “sanitarismo desenvolvimentista” do qual despontava a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, constituindo-se em um primeiro movimento de reconhecimento do direito à saúde e da proteção social como política pública. O movimento fazia críticas ao “campanhismo da saúde pública” e chamava atenção para a relação entre saúde-doença e transformação social e política do país (BAPTISTA, 2007). Muitas críticas e resistências da população foram direcionadas às campanhas sanitárias, principalmente pela sua formatação autoritária, abrindo possibilidades para a inserção de propostas de “educação sanitária” e criação de centros de saúde, inspirados em experiências norte-americanas e influenciados pela formação de sanitaristas brasileiros na Universidade de Johns Hopkins (PAIM, 2009).

O desenvolvimentismo gerou riqueza e mobilizou recursos, o que levou a mudanças concretas nas cidades e novas demandas para o sistema previdenciário e para a saúde pública. A partir de então, as políticas de saúde configuram-se em um importante instrumento do Estado, não mais apenas pelo controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas principalmente pelo quantitativo de recursos que passou a mobilizar [...] Estava constituída a base para a expansão do sistema de saúde e para a consolidação de um complexo produtivo [...] (BAPTISTA, 2007, p. 40)

A política previdenciária brasileira privilegiou o setor privado garantindo sua expansão por meio da compra de serviços de saúde pela Previdência Social e o financiamento de uma rede hospitalar privada por meio da Caixa Econômica Federal (FLEURY, 2008). Nas décadas de 1940 e 1950 a assistência hospitalar cresceu com ampliação de convênios de contratos da Previdência com instituições privadas e beneficentes, política esta denominada de “privatização”, a qual foi intensificada nos

governos militares, ao invés do investimento na infraestrutura de serviços próprios (PAIM, 2009, p. 34).

Não era só pela rima que a privatização associava-se à corrupção. Epidemias de cesarianas, internações de mendigos em hospitais psiquiátricos particulares, 'cirurgias ginecológicas' em homens e outros absurdos eram pagos pela previdência social, por meio de um mecanismo de pagamento baseado nas Unidades de Serviços (US). Quanto maior o valor da US, mais o procedimento era produzido. Se um parto normal valia menos em US que uma cesariana, médicos e hospitais evitavam a realização de partos normais. Daí que um dos grandes sanitaristas brasileiros, Carlos Gentile de Mello, sempre denunciava que a US era um fator incontrollável de corrupção (PAIM, 2009, p. 34-35)

Naquele contexto, o hospital vai se consolidando como espaço terapêutico e de ensino na área da saúde ao passo que se intensifica o uso de equipamentos tecnológicos. A lógica da previdência social dissemina o modelo curativo, individual e hospitalar hegemônico até os dias atuais. Progressivamente há ampliação da complexidade, fragmentação e a superespecialização do trabalho em saúde (PIRES, 2008).

Ao longo do século XX, a medicina liberal foi sendo substituída e incorporada pela medicina empresarial e tecnológica, cuja transição foi impulsionada pela ampla utilização de equipamentos para realização de diagnósticos e tratamento, com aumento importante do custo da assistência para o trabalhador liberal. Neste sentido, atualmente, os médicos, em geral, articulam medicina liberal, emprego público e convênio com empresas de planos de saúde. A diversificação dos negócios da medicina empresarial, com contratação de serviços da medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde, constituem o Sistema de Assistência Médica Suplementar. Essas modalidades compõem o Sistema de Desembolso Direto, no qual incluem as modalidades de pré-pagamento (medicina empresarial) e de pagamento direto (medicina liberal) (PAIM, 2009).

Para Behring e Boschetti (2011), os direitos sociais no Brasil constituíram-se como pauta de reivindicação dos movimentos e manifestações da classe trabalhadora, ao mesmo tempo, que serviram de legitimação das classes dominantes, em especial, nos períodos de ditadura militar (1937-1945 e 1964-1984). A política social era entendida como tutela e favor, a partir de medidas esparsas e

frágeis, com forte instabilidade, advinda das flutuações institucionais e políticas, sem garantias de acordos duradouros e de direitos inalienáveis.

As caixas de aposentadorias e pensões tiveram expansão quando foram substituídas por institutos para cada categoria de trabalhadores, os quais foram unificados em 1966 (com exceção dos servidores do Estado) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Contudo, a assistência médica, farmacêutica e hospitalar não era garantida para os trabalhadores, que dependiam da sobra de recursos com gastos com aposentados, viúvas e órfãos. Além disso, as contribuições dos trabalhadores eram muitas vezes desviadas para investimentos na economia. A título de exemplo, os recursos da previdência serviram para construir a Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas, a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica, a Usina de Itaipu no período militar, a construção de Brasília no governo Juscelino Kubichek e no pagamento da dívida aos bancos, nos governos de Fernando Henrique Cardoso e Luiz Inácio da Silva (PAIM, 2009).

A unificação dos institutos em 1966 e criação do Instituto Nacional de Previdência Social centralizaram o poder no Estado, reforçando relações clientelistas e troca de favores, além de gerar insatisfação em alguns contribuintes com mais benefícios, o qual culminou em um processo migratório entre os institutos, superlotação nos hospitais, filas, demora no atendimento, aumentos dos gastos no setor saúde, potencializados pela inclusão de novas categorias profissionais no sistema. Neste contexto caótico, o Estado respondeu à demanda com a contratação de serviços privados, constituindo-se naquilo que se denominou de complexo-médico-empresarial (BAPTISTA, 2007).

As respostas do Estado brasileiro à crise sanitária – seja de acesso aos serviços de saúde e/ou das condições de saúde com o aumento da mortalidade infantil, da meningite, epidemia de acidentes de trabalho, recrudescimento das endemias -, durante o período do chamado “milagre econômico”, foram as chamadas “políticas racionalizadoras”, utilizando da “ideologia do planejamento em saúde” (PAIM, 2008, p. 70), elementos que constituíam um projeto de reforma de cunho modernizante e autoritário. Na medida em que o autoritarismo perdia força, a questão social voltava com sua magnitude. No que tange o âmbito da saúde, alguns movimentos – populares, estudantis, profissionais e intelectuais – surgem no cenário

de abertura política e social da segunda metade da década de 1970 (PAIM, 2008, p. 70). Dada a complexidade de movimentos e segmentos que se uniram em torno da questão da saúde, destacam-se alguns trechos abaixo demasiadamente longos, mas que elucidam os importantes antecedentes do movimento que ficou conhecido como “reforma sanitária”.

No segmento popular surgiam as mobilizações contra a carestia (Movimento do Custo de Vida), os clubes de mães, os conselhos comunitários e as organizações da Zona Leste e na periferia de São Paulo, muitos deles vinculados a setores progressistas da Igreja Católica. Tais iniciativas podem ser identificadas em outras localidades do país vinculadas ao denominado Movimento Popular de Saúde (MOPS). No segmento estudantil teve início a *Semana de Estudos de Saúde Comunitária* (SESAC) [...] Na USP ocorreu uma greve com cerca de 60 mil jovens e 10 mil foram para ruas irradiando a mobilização para o Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre [...] No segmento profissional verifica-se uma mobilização dos médicos residentes em torno da regulamentação da Residência Médica [...] No segmento intelectual ou da “academia” pode ser destacada a participação de docentes inseridos nos departamentos de medicina preventiva e social e escolas de saúde pública, além de pesquisadores vinculados à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), cujos debates anuais incidiam críticas ao regime e ao governo. Neste particular, têm sido mencionados o Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) da Fiocruz, o Mestrado em Medicina Social do IMS/UERJ, os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) da USP, da Santa Casa, da Paulista de Medicina, de Ribeirão Preto, de Botucatu, a Faculdade de Medicina da UFMG, o Mestrado em Saúde Comunitária da UFBA e o recém criado DMP da Universidade Federal da Paraíba [...] Pode-se, ainda ressaltar a participação das universidades e dos serviços de saúde no desenvolvimento de programas de medicina comunitária, geralmente financiados por fundações americanas, contemplando a integração docente-assistencial [...] neste particular, a experiência de Montes Claros representou a face mais ousada de um projeto contra-hegemônico, identificada como uma das origens institucionais da proposta da Reforma Sanitária e do SUS (PAIM, 2008, p. 71-72)

Além da experiência de Montes Claros, que serviu de base para programas de extensão de cobertura, era possível identificar, neste contexto, diversas experiências no sentido de ampliar as práticas nos centros de saúde. Com destaque também para o projeto de saúde comunitária do bairro de Murialdo (Porto Alegre/RS), o qual possuía residência multiprofissional e que serviu como “pólo aglutinador” para projetos em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville; a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária; a expansão da rede ambulatorial para todo país com a disseminação nacional do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), o qual, de maneira focalizada e organizado inicialmente no

Nordeste, tinha como objetivo oferecer a uma população historicamente excluída acesso a uma medicina simplificada; e experiências em Lages, Campinas, Londrina e Niterói (CONILL, 2008; MATTA; MOROSINI, 2008).

No que tange às medidas político-institucionais foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, no bojo dos processos de privatização da assistência médica da Previdência Social, e implementação de programas pelo Ministério da Saúde, dos quais se destacam os Programas de Extensão de Cobertura (PECs) inspirados na medicina comunitária. Contudo, tais programas não deveriam atrapalhar os interesses privados que alicerçavam historicamente o setor de saúde brasileiro. Criou-se também Lei que instituiu o Sistema Nacional de Saúde, com objetivo central de organizar as atividades do setor público e não de criar um sistema único de saúde (PAIM, 2008).

O modelo hegemônico de atenção médico-hospitalar e a impossibilidade econômico-financeira do Estado enfrentar a crise sanitária diante das dificuldades de legitimar perante a sociedade a limitada extensão dos serviços de saúde mudaram a correlação de forças. Foi criado em 1976 o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), o qual ampliou a pauta de lutas institucionais com a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Essa associação colocou em destaque a democratização da saúde e a socialização da produção acadêmica da emergente Saúde Coletiva brasileira (PAIM, 2008).

Historicamente, a constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil ocorreu na década de 70 do século XX. Do ponto de vista do marco teórico-conceitual, a Saúde Coletiva se alicerça articulada aos fundamentos da origem da medicina social dos movimentos europeus e, em especial, aos avanços deste ideário na América Latina. De forma geral, este campo se desenvolveu na esteira da crítica aos movimentos e projetos de reforma em saúde, ocorridos em países capitalistas, da elaboração teórico-epistemológica e da produção do conhecimento articuladas com as práticas sociais (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Na América Latina, essas discussões ocorreram na década de 1980 e 1990. A produção do conhecimento já se revelava como um importante referencial para estudo do processo saúde-doença enquanto produção social, fortemente influenciada pelos aportes das ciências sociais e humanas, pelo campo da

epidemiologia, da organização social em saúde e da relação entre trabalho e saúde (NUNES, 2009). No Brasil, as investigações a partir dos aportes da medicina social datam inicialmente de 1975 com os estudos de Cecília Donnangelo (1975), Arouca (1975, 2003), Luz (1979), Castro-Santos (1985, 1987), Tellaroli (1996), Hochman (1998), Chalhoub (1996) e outros (NUNES, 2009).

A produção teórica-crítica da Saúde Coletiva assim como a participação política do CEBES e da ABRASCO no processo de democratização da saúde alicerçaram a concepção de Reforma Sanitária brasileira (PAIM, 2008). O autor destaca o texto produzido pela ABRASCO em 1985, intitulado de “Pelo direito Universal à Saúde”, o qual serviu de referência para os textos e ações na emblemática VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O evento também contou com a colaboração de alguns intelectuais do movimento de reforma sanitária, os quais escreveram textos para subsidiar debates em mesas redondas. As temáticas se concentravam nos seguintes eixos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde (PAIM, 2008).

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde registrou a participação de mais de quatro mil pessoas e expressou a concepção de determinação social do processo saúde-doença, fortemente influenciada pela tradição marxista, muito bem apropriada e desenvolvida pela Saúde Coletiva no Brasil e pela medicina social latino-americana. Ademais, o documento evidencia o acúmulo teórico-político do movimento de reforma sanitária, do qual se depreende uma análise profunda da crise sanitária brasileira. O conceito de saúde e alguns princípios fundamentais, posteriormente incorporados na Constituição de 1988, evidenciam a posição político-científica assumida neste documento:

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

Saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção,

proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, para todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Esse direito não se materializa, simplesmente pela sua formulação no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade do Estado assumir explicitamente um política de saúde consequente e integrada as demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las. Entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população (BRASIL, 1986, p. 4-5).

Importante destacar o amadurecimento teórico do movimento de reforma sanitária brasileira sobre as análises da atual conjuntura político-econômica nacional e seus desdobramentos no campo das políticas sociais. Essas contribuições também foram desnudadas no relatório da Conferência Nacional de Saúde mencionada, do qual ressaltamos outros trechos:

A sociedade brasileira extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração de renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. As desigualdades sociais e regionais existentes expressam essas condições estruturais que vem atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de níveis satisfatórios de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.

A evolução histórica desta sociedade desigual ocorre quase sempre na presença de um Estado autoritário, culminando no regime militar, que desenvolveu uma política social mais voltada para o controle das classes dominadas, impedindo o estabelecimento de canais eficazes para as demandas sociais e a correção das distorções geradas pelo modelo econômico.

Na área da saúde, verifica-se um acúmulo histórico de vicissitudes que deram origem a um sistema em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar. O modelo de organização do setor público é anárquico, pouco eficiente e eficaz, gerando descrédito junto à população (BRASIL, 1986, p. 5-6)

Para Paim (2010) é importante entender a reforma sanitária para além da reforma setorial. A luta pela saúde, no bojo dos movimentos de redemocratização do país, era compreendida como um “núcleo contraditório e subversivo do projeto da reforma”, já que não é possível imaginar saúde em sua plenitude em uma sociedade capitalista, “por isso, apostamos ainda na Reforma Sanitária porque ela tem todo esse potencial de questionar as bases da organização social brasileira” (PAIM, 2010, p. 67).

De acordo com Fagnani (2011), o Brasil esteve na “contramão do mundo” quando da emergência do avanço do neoliberalismo a partir de 1970. Segundo o

autor, “fomos salvos pelo momento político”, pois havia um movimento forte de redemocratização no Brasil, que não oferecia “brechas para agenda neoliberal”. Foi nesse período (1970 e 1988) de disputas e lutas sociais que foi possível forjar a Constituição de 1988 na qual se “desenhou o embrião de projeto inspirado no Estado de Bem-Estar Social”, a partir dos princípios de universalidade (em contraposição à focalização), da seguridade (e crítica ao seguro) e dos direitos sociais (se contrapondo ao assistencialismo) (FAGNANI, 2011, p.4).

Para Behring e Boschetti (2011), houve uma “aparente” falta de sincronia entre o contexto nacional brasileiro e a reação burguesa à crise do capital iniciada no final dos anos 60 no plano internacional. As autoras salientam que o Brasil vivia a expansão do “fordismo à brasileira” pós-ditadura militar de 1964, em um processo de internacionalização da economia brasileira intimamente conectada com a dinâmica externa, apesar da trajetória de heteronomia da formação social brasileira. Uma das principais heranças do regime militar para a política social brasileira foi o estímulo a um sistema dual de acesso às políticas sociais: buscando legitimidade a partir da formulação de políticas sociais restritas, ao mesmo tempo, que estimulava a participação da iniciativa privada.

A Constituição da República de 1988 reconheceu pela primeira vez a saúde como um direito social, estabelecendo em seu artigo 196:

saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, n. p.).

Para Paim (2009), essa Carta Magna evidenciou a importância e o impacto de questões vinculadas às políticas econômicas, como produção e distribuição de riqueza e da renda, salário, acesso a terra, bem como das políticas sociais como educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social sobre as condições de saúde da população. Essa compreensão se alicerça na concepção de seguridade social e rompe com a tradição da política social brasileira fortemente marcada pela exclusão de milhões de brasileiros de proteção social e da iniquidade do acesso às ações e serviços de saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Cabe o destaque aos princípios de universalidade e igualdade presentes na Constituição que garantem o direito à saúde a todos, com acesso em todos os níveis de assistência, sem qualquer discriminação ou preconceito. Para Vasconcelos e Pasche (2009), o conceito de igualdade vem sendo atualizado a partir da “equidade” e da “discriminação positiva”, as quais justificam a prioridade do acesso aos serviços para aqueles com maiores riscos de adoecer e morrer. Importante salientar que no texto constitucional não há referência à equidade, mas esse conceito foi incorporado como princípio do SUS a partir das Normas Operacionais Básicas (NOBs). Esse debate polêmico e ambíguo parece sustentar as orientações de organismos internacionais que não apóiam o desenvolvimento de sistemas de saúde universais (PAIM, 2009). Para Behring e Boschetti (2011), o termo equidade representa uma clara tensão com o princípio de universalidade.

Outro elemento importante é quanto à oferta de serviços de *promoção, proteção e recuperação*, garantindo uma atenção integral à saúde, buscando superar a perspectiva centrada na assistência médica curativa. De forma geral, os princípios de universalidade, igualdade e integralidade balizam o direito à saúde no país previsto na Carta Magna.

Segundo a Constituição de 1988, os serviços públicos de saúde constituem um sistema único a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada e das seguintes diretrizes organizacionais: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). A ideia de rede regionalizada supõe uma ligação entre os serviços com distribuição dos estabelecimentos de saúde de forma que os serviços básicos estejam mais disseminados e descentralizados e os serviços especializados concentrados e centralizados, com objetivo de evitar a fragmentação das ações de saúde (PAIM, 2009).

A década de 1990 constituiu-se a partir de um novo contexto econômico, político e ideológico, com transformações profundas no papel do Estado, a partir das agendas de modernidade liberal dos presidentes Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso, amparadas no tripé estabilização, privatização e abertura comercial (FLEURY, 2008). No âmbito da saúde, há uma retomada das políticas racionalizadoras e de um sanitarismo de resultados, oferecendo uma medicina simplificada para os pobres (PAIM, 2008).

Ainda assim o projeto de Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90) foi sancionado pelo presidente Fernando Collor, o qual dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em decorrência dos vetos e da mobilização social, essa lei foi complementada pela Lei 8142/90 que regula a participação da comunidade no SUS, criando importantes instrumentos colegiados nos três níveis de governo, regulamentando recursos financeiros intergovernamentais, formulando planos de saúde e a criando o fundo de saúde (PAIM, 2008).

Para se ter uma idéia da correlação de forças durante o processo constituinte e das dificuldades para consolidação das conquistas ora firmadas, todas as forças sociais que apostaram na reforma sanitária perderam a eleição em 1989. Apesar da recomposição dos vetos feitos por Collor na Lei nº 8.142 de 1990, nos meses que se seguiram o presidente do Inamps fazia a NOB-91 que destruía tudo que estava na Lei nº 8.142. Após três anos foi construído um documento intitulado “a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei” (PAIM, 2009). Para o autor, a forma como foi construído o SUS foi extremamente contraditória, pela complexidade da federação brasileira e dificuldades de financiamento, mas acima de tudo, pelas forças que estavam compondo as disputas de poder em 1990.

A posição de contramão do movimento brasileiro já apresentava seus limites em viver no fogo cruzado entre tensões do paradigma do Estado Mínimo e o Estado de Bem-Estar Social. Nas últimas décadas no Brasil, a proteção social sofreu dois movimentos estruturais opostos: estruturação de políticas inspiradas no Estado de Bem-Estar e a tentativa de desestruturação dessas conquistas entre 1990 e 2002 (FAGNANI, 2011).

Em que pesem os avanços inegáveis da universalização das políticas sociais no Brasil na década de 1980, concomitantemente havia também uma subordinação a agenda internacional, especialmente a do Banco Mundial. As orientações centralizavam-se na economia da saúde, isto é, nas políticas e ações com intuito de reduzir os gastos nos países (NUNES, 2009). Há um hiato histórico entre o direito e a realidade no Brasil, produto da lógica do ajuste fiscal promovido durante a década de 1990, combinado com movimentos de privatização, seletividade e focalização do

acesso às políticas sociais, em um quadro de retrocesso social, aumento da pobreza e da pauperização das políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

As marcas da década de 1980 e 1990 quanto à relação “renovada” entre público e o privado podem ser identificadas pelas políticas de financiamento direcionadas principalmente para os hospitais filantrópicos, subsetor que mais cresceu no período. Para Bahia (2010, p. 61), “estamos perante uma certa imunidade da privatização no interior do sistema público de saúde”. A autora destaca a i) flexibilização do número de leitos destinados ao atendimento universal dos hospitais filantrópicos; ii) conjunto de políticas de crédito para esses hospitais, inclusive para pagamentos de dívidas com fornecedores; iii) a criação de uma loteria esportiva pelo governo para financiar hospitais filantrópicos (financiamento direto); e iv) nova política da Caixa Econômica para financiamento de hospitais que integram a rede SUS, cuja a financeirização é bem sofisticada e resulta na capitalização dos recursos públicos repassados para pagamento de atividades de saúde.

De acordo com Martins e Martins (2012), o setor saúde torna-se um “serviço público não estatal” quando a partir de uma redefinição neoliberal transformam-se as fundações públicas em organizações sociais (entidades de direito privado, sem fins lucrativos). Neste sentido, uma análise cuidadosa é realizada por Pinto (2000) sobre as organizações sociais:

Em termos analítico-introdutórios, tem-se que o instituto das Organizações Sociais visa à promoção do processo de “publicização” dos serviços sociais, que, por sua vez, representa a transferência para o setor público não-estatal (também reconhecido como 3º setor) dos serviços não exclusivos do Estado, quais sejam, os arrolados pela Lei 9.637 de 15 de maio de 1998 (que dispõe sobre a qualificação de entidades como O.S., sobre a criação do Programa Nacional de Publicização, entre outros), a saber, ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde (PINTO, 2000, p.48).

A autora levanta alguns problemas e riscos da criação das organizações sociais, entre eles: arranjo jurídico (Lei 9.637/98) inadequado; controle social mal instrumentalizado; o desmonte do setor público; o risco de substituição da prestação de serviços básicos pela sua venda. Ademais, ela salienta que é necessário resistir à “privatização dos serviços sociais camuflada sobre a noção de ‘publicização’” (PINTO, 2000, p.79).

A década de 1990 marca a substituição da política pública pela família e pelas organizações sem fins lucrativos – conhecidas como terceiro setor –, identificadas como “agentes de bem estar”. Ao passo que há uma reconfiguração dos direitos da seguridade social com forte ênfase no mercado via planos de saúde e previdência privados e/ou transferindo responsabilidades para a sociedade a partir da retórica do voluntariado, da solidariedade e da cooperação (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 162).

A década de 1990 concretizou “o significado amplo e complexo” de adesão da classe trabalhadora, tanto do setor público como privado, e de “todas as classes médias” aos planos privados com impacto profundo no esvaziamento das lutas sociais em torno da saúde (SANTOS, 2013).

A publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, pelo Ministério da Saúde sintetizou um debate iniciado desde 2003 pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sobre a necessidade de revisão do processo normativo do SUS. O objetivo era considerar a ampla diversidade brasileira e elaboração de uma nova norma que assegurasse os princípios do SUS, fortalecimento da Atenção Primária, articulação intersetorial, o fortalecimento do papel dos estados, a luta de regulamentação da Emenda Constitucional 29<sup>5</sup> e por mais recursos financeiros para área da saúde (CONASS, 2006).

Um Pacto pela Gestão foi debatido entre CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e Ministério da Saúde e durante essas discussões foi identificado à necessidade de pactuar também metas e objetivos sanitários para os entes federados, assim como a necessidade premente de envolver a sociedade na defesa do SUS. Como resultado deste conjunto de debates foi publicado o Pacto pela Saúde, o qual se desdobrou em Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de gestão (CONASS, 2006).

Para Cunha e Campos (2011) o processo de regionalização e continuidade de programas e diretrizes é fragilizado diante da excessiva autonomia dos municípios e, ao mesmo tempo, ausência relativa da gestão estadual nos serviços de saúde. Além da progressiva diversidade de formas jurídicas dos serviços de saúde, em especial

---

<sup>5</sup> A Emenda Constitucional 29 define os percentuais mínimos que a União, estados e municípios devem investir na saúde.

de hospitais, os quais dificultam os processos integrativos e de acesso ao serviço especializado.

O SUS representa uma das respostas sociais às necessidades da população e deve ser considerado como um sistema em construção, resultado de lutas e mobilizações. É considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde e busca, com limites, qualificar e consolidar uma das propostas mais abrangentes de atenção primária, por meio da estratégia da Saúde da Família, da qual trataremos com mais detalhes no próximo item. Ademais possui um Programa Nacional de Imunização com elevadas coberturas vacinais e reconhecido internacionalmente. O Brasil também é referência quanto ao programa de controle de DST/AIDS e de tabagismo, assim como na assistência integral e gratuita a pessoas com problemas renais crônicos e com câncer. Também vem avançando na ampliação da assistência farmacêutica, na saúde bucal, na saúde mental por meio da reforma psiquiátrica e na produção do conhecimento, em especial, na área da Saúde Coletiva (PAIM, 2008).

Experimenta, contudo, movimentos de refluxo, dos quais são alguns exemplos, a aprovação da Lei 9656/98 sobre a organização e regulação do “mercado da saúde”, sem qualquer debate com instâncias colegiadas e com a sociedade; a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000 – em anos recentes com seus cinco diretores extraídos do setor privado; e a aprovação da Emenda Constitucional 29, a qual apesar de comemorada depois de 11 anos em tramitação, condenou o financiamento federal entre os mais baixos do mundo (SANTOS, 2013).

A lei complementar 141/2012, que trata da citada Emenda, foi sancionada em 2012 pela presidente Dilma Rousseff com 21 vetos, entre esses estava a garantia de recursos adicionais da União caso houvesse revisão do Produto Interno Bruto (PIB). Neste cenário, o cálculo continua inalterado considerando o quanto o governo federal gastou no ano anterior mais a variação nominal do PIB. Para se ter uma ideia, em 2011, o Orçamento Geral da União destinou para a área da saúde 3,98%, o equivalente a R\$ 71,5 bilhões de reais. Em 2012 foram cortados R\$ 5,473 bilhões com volume de recursos em R\$ 72,110 bilhões (PIMENTEL, 2012).

A renúncia fiscal do governo ao mercado da saúde vem crescendo vertiginosamente na última década, correspondendo, entre 2003 e 2007, a 73,6% em gastos do Ministério da Saúde, os quais atualmente representam 40% (SANTOS, 2013). As subvenções diretas e indiretas – co-financiamentos de planos privados dos servidores federais e a desoneração das operadoras privadas de planos e de seguros de saúde (OPPSS) – do Tesouro Nacional ao mercado da saúde ultrapassam, seguramente, metade dos gastos do Ministério da Saúde (SANTOS, 2013). Nesse sentido, o Estado passa a financiar e operar a auto-regulação do mercado de saúde em plena acumulação, expansão e concentração intensivas, resultado da compra de pequenas operadoras, como foi o caso da compra da maior OPPSS do Brasil (Amil), concomitantemente ao crescimento do número de consumidores, especialmente aqueles das chamadas “classe C e D” oferecendo planos de baixo custo (SANTOS, 2013). O autor revela, no trecho abaixo, a articulação perversa entre o crescente mercado da saúde e o SUS, em especial em detrimento da Atenção Básica.

Superestimamos e idealizamos, nos anos 90, a construção incremental do SUS de “baixo para cima”, com a Atenção Básica à Saúde, no celebre caminho da universalidade e resolutividade, imprimindo novo paradigma aos serviços assistenciais de média e alta densidade tecnológica e custo. Na realidade essa estratégia viu-se ano a ano, refém da hegemonia do setor privado complementar conveniado e contratado no SUS para a assistência médico-hospitalar, remunerada por produção, que na maior parte foi sendo simultaneamente credenciado pelas OPPSS com valores de tabela 5 vezes maiores. E a Atenção Básica subfinanciada foi se estabilizando em baixíssima cobertura efetiva e resolutividade, felizmente com conquistas pontuais de imprescindível experiência acumulada (SANTOS, 2013, n. p.).

Um dos grandes gargalos do SUS é a extrema dependência do setor privado, já que 95% dos estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento são privados e, ainda assim, somente 35% prestam serviços ao SUS. Há ainda dificuldades de acesso, pois muitas vezes os prestadores de serviço priorizam acesso aos consumidores de plano privados ou a clientela particular (PAIM, 2008). Persistem grandes dificuldades de acesso e integralidade nos serviços públicos de saúde e, sobretudo, de financiamento e de infraestrutura dos serviços. Apesar das garantias constitucionais, a universalidade vem cedendo lugar à equidade, utilizada como

justificativa, principalmente por organismos internacionais, para focalização dos programas (PAIM, 2008).

Em linhas gerais, observamos que no processo histórico de constituição do SUS, a articulação entre assistencialismo focalizado e mercado livre resultou em processos de privatização crescentes, o qual tem gerado *dualidade discriminatória* entre os que podem e não podem pagar pelos serviços com abertura de nichos lucrativos para o capital. Processo esse que vem sendo denominado de universalização excludente, em um contexto de seletividade e privatização que marca a trajetória dos direitos no Brasil. O conceito de seguridade social no Brasil tem sido considerado pela literatura acadêmica sobre o tema como retardatário, híbrido, distorcido ou inconcluso, mesclando dificuldades antigas e novas em um contexto de tentativa de construir um Estado de Bem-Estar Social tardio, o qual enfrentou recuos profundos diante da hegemonia política pós-1988 (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

### **3.2.1. A Saúde da Família segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde no Brasil**

Na constituição da política de saúde brasileira foi possível observar uma aposta a partir dos anos de 1990 em organizar o SUS de acordo com as orientações da Atenção Primária em Saúde (APS), em especial com a criação do programa Saúde da Família em 1994. Neste subcapítulo, pretendemos explorar de forma mais detalhada a conformação que a APS vem adquirindo no Brasil, evidenciando seus limites e avanços, e os desafios postos a esse cenário com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008.

Na década de 1980 no Brasil, as discussões sobre APS não eram centrais no movimento de reforma sanitária brasileiro (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). Para Paim (2012), o tema “Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, foco da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980, foi perdendo centralidade até a sistematização da reforma sanitária na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

No Brasil, houve tentativas de contornar o mal estar causado pela concepção seletiva de APS, optando pelo termo substituto de “Atenção Básica” e chamando de “estratégia” o programa Saúde da Família, o que resultou, na maioria das vezes, em uma medicina simplificada (PAIM, 2012). Alguns autores chamam atenção para as iniciativas de “atenção primária”, no Brasil e na América Latina, antes de Alma-Ata (PAIM, 2012; MATTA; MOROSINI, 2008; PAIM, 2008). Entretanto, diante das correlações de força em disputa, sua matriz político-ideológica contemporânea foi construída com base na medicina comunitária norte-americana (PAIM, 2012). Para Machado, Lima e Viana (2008), a inserção desta discussão na política nacional foi permeada pela tentativa de lhe conferir caráter universalista e de uma suposta “blindagem” à mercantilização.

No contexto adverso da década de 1990, as tensões entre a concepção ampliada de APS, originária da Declaração de Alma-Ata, e a seletiva, defendida pelos organismos internacionais, em especial, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, paulatinamente cederam lugar a implantação de “cestas básicas” dos serviços de saúde, os quais se tornaram elementos instrumentais e legitimadores da política neoliberal em curso (VASCONCELOS; SCHMALLER, 2011).

Para Giovanella (2008, p. S22) as diferentes concepções sobre APS expressam a constituição histórica da política de proteção social em cada país. Segundo a autora, existem pelo menos três interpretações predominantes: 1) “serviços ambulatoriais de primeiro contato”, não especializados, os quais correspondem a um dos níveis de atenção e buscam resolver a maioria dos problemas de saúde da população; 2) “programa focalizado e seletivo com cesta restrita de serviços”, de baixa densidade tecnológica, para atender demandas específicas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza, sem acesso aos níveis secundário e terciário e 3) modelo assistencial e de reorientação de sistema de saúde integral constituindo-se como uma política central e parte de um processo geral de desenvolvimento social, conforme proposições de Alma-Ata.

A APS nos países europeus constitui-se como “serviços ambulatoriais de primeiro contato”, em geral naqueles países em que há serviços nacionais de saúde

(SNS)<sup>6</sup>, e difere da acepção seletiva e focalizada que se observa, na maioria, dos países periféricos (GIOVANELLA, 2006). Nos países com SNS, há uma clara definição de papéis entre médicos generalistas – em alguns países compartilhada com especialidades médicas ou outros profissionais como pediatria, ginecologia e enfermagem<sup>7</sup> - e especialistas, no qual o primeiro é responsável pelo primeiro contato para a maior parte de problemas de saúde, pela coordenação do cuidado e encaminhamentos necessários para um segundo nível especializado. A inscrição de pacientes no serviço primário de saúde é obrigatória, mas realizada pelo paciente, diferente do cadastramento compulsório, por exemplo, como ocorre na APS no Brasil. Contudo, a maioria da população ainda procura hospitais e serviços de emergência como primeiro contato em alguns países – como é o caso da Espanha, Portugal, Finlândia e Grécia – priorizando o acesso aos especialistas e distorcendo o sistema de referência (GIOVANELLA, 2006).

De modo geral, os modelos europeus se orientam a partir das elaborações de Barbara Starfield, compreendendo a atenção primária como prestação de serviço de primeiro contato, com acompanhamento longitudinal do paciente, de cuidado integral e de coordenação das ações e serviços (GIOVANELLA, 2006). Essas orientações também balizaram a constituição da APS no Brasil, como veremos adiante. Contudo, a partir de 1990 há implementação de reformas organizacionais nos serviços de atenção primária em saúde de diversos países europeus com objetivo de contenção de gastos, considerando a mudança do perfil epidemiológico da população e a eficiência dos serviços de saúde. De forma geral, as mudanças ocorreram em dois sentidos: i) aumentando o poder e controle da atenção primária sobre prestadores de outros níveis e ii) ampliando a oferta de funções e serviços no primeiro nível, incluindo ações curativas, serviços de saúde mental, “home care”, medidas preventivas e de promoção da saúde etc. Também ocorreram mudanças nos

---

<sup>6</sup> De acordo com estudo de Giovanella (2006) sobre as configurações institucionais do primeiro nível de atenção à saúde nos países da União Européia, em 2004 os países com “sistemas nacionais de saúde” (modelo beveridgiano) eram a Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia. Aqueles com “seguro saúde” (modelo bismarckiano) eram a Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo.

<sup>7</sup> Na Inglaterra e Holanda existem outras especialidades médicas e também outros profissionais que compartilham o primeiro contato com médicos generalistas como dentistas, enfermeiros, visitadoras domiciliares, educadores de saúde, massagistas, fisioterapeutas, parteiras etc (GIOVANELLA, 2006).

sistemas de informação e comunicação e na educação continuada (GIOVANELLA, 2006).

A complexidade e as especificidades das formações sociais de alguns países, em especial de países periféricos, e sua inserção tardia e heterônoma no modo de produção capitalista, como é o caso brasileiro, ensejam outras análises que ultrapassam os limites de “tipificações” ou comparações que acabam por homogeneizar, ainda que essas possam tornar-se importantes pontos de partida. Nesse sentido, os conflitos históricos e próprios da construção da política social brasileira resultaram em um sistema de saúde complexo, como podemos observar no trecho abaixo:

[...] nosso sistema formalmente universal expandiu cobertura para amplas parcelas populacionais antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente. Convive, contudo, com esquemas privados de seguros para camadas médias, produzindo segmentação, o que lhe confere, de certo modo, uma dualidade. De outra parte, a extensão da população brasileira coberta pelo SUS e que utiliza seus serviços não pode ser tipificada como residual. Todavia, a abrangência da cesta a ser garantida pelo sistema público está sempre colocada em questão (GIOVANELLA, 2008, p. S23).

Enquanto os países europeus realizavam reformas em seus sistemas de saúde em um contexto de crise estrutural do capital, no Brasil os esforços direcionavam-se no sentido de assegurar os direitos conquistados pós-1988 em um processo acelerado de ofensiva neoliberal, conforme foi abordado na constituição da política social brasileira.

No contexto da década de 1990, o perfil epidemiológico brasileiro já denunciava os desafios que deveriam ser enfrentados na construção do sistema público de saúde universal como a superação das desigualdades regionais de acesso, melhoria da oferta de serviços, regulamentação do financiamento e da melhoria de indicadores básicos. O sistema público de saúde se apresentava com a necessidade de expandir o acesso, de consolidação da descentralização, da integralidade da atenção e da efetivação do controle social (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Havia experiências nacionais consideradas inovadoras – Defesa da vida (Campinas/SP), Ação programática em saúde (USP) e Silos (OPAS/OMS e Ceará e

Bahia) – as quais, somadas com outras experiências, tencionavam o modelo hegemônico de atenção à saúde e subsidiavam propostas coletivas de APS. Além disso, a popularidade mundial da APS e a pressão de financiamentos por parte de agências internacionais de saúde impulsionaram, de maneira significativa, o surgimento e a consolidação da estratégia da Saúde da Família no contexto brasileiro (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

A partir da segunda metade da década de 1990, a política pública de saúde brasileira é impactada com mudanças significativas, a qual confere a Atenção Básica o foco central de seus esforços a partir de investimentos – com criação de incentivos financeiros federais – e programas (BRASIL, 2005a). O sucesso do Programa Nacional de Agentes comunitários de saúde (PNAS), criado nacionalmente em 1991<sup>8</sup> e implantado, inicialmente, no Nordeste e depois no Norte, e seus possíveis atrativos políticos, assim como a falta de ações programáticas assistenciais no SUS e a possibilidade de repasse financeiro para a contratação de equipes de saúde parecem ter contribuído para a emergência de criação em 1994 do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente, “estratégia” com objetivo de reorientação do modelo assistencial (CONILL, 2008).

Outras experiências também estimularam o Ministério da Saúde a criar o PSF como o Programa Médico de Família de Niterói, desenvolvido desde 1992, inspirado no modelo cubano de medicina da família e com assessoria de técnicos daquele país (BRASIL, 2005). Na época de sua implantação, o PSF não pretendia substituir o PACS e objetivava privilegiar áreas de maior risco social tendo como referência inicial o Mapa da Fome do IPEA, assim como municípios inseridos no Programa Comunidade Solidária ou no Programa de Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2005).

Em 1994 o Ministério da Saúde publicou o primeiro documento sobre o PSF, definindo o convênio, financiamento, contrapartidas e critérios de seleção. Já em 1996 o PSF passou a ser remunerado pela tabela do SIA/SUS pelo dobro do valor de uma consulta do SUS e em 1997 o Plano de Metas do Ministério da Saúde

---

<sup>8</sup> No estado do Ceará, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi desenvolvido desde 1987 como “frente de trabalho”, de caráter emergencial, em um contexto climático crítico de seca, com objetivo de realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense. Em 1988, o programa estadual se expande com características de extensão de cobertura e de interiorização de ações de saúde (BRASIL, 2005a).

estabeleceu como prioridade o PACS e PSF e aprovou normas e diretrizes sobre esses programas. Nesse mesmo ano e no seguinte, o PSF foi apresentado como estratégia para reorientação do modelo assistencial a partir da Atenção Básica. Na ocasião o Ministério da Saúde

respondendo as críticas de focalização, negava que o programa fosse um sistema de saúde pobre para pobres, com utilização de baixa tecnologia, afirmando o caráter do PSF como “modelo substitutivo da rede básica tradicional” (BRASIL, 2005, p.16).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde publicada em 1996 (NOB-SUS-96) estabeleceu uma nova modalidade de transferência de recursos financeiros – o Piso da Atenção Básica (PAB). O PAB se constitui de duas frações: fixa (PAB fixo) e variável (PAB variável). A primeira forma garantiu transferência regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, oferecendo mais autonomia e responsabilidade para as esferas municipais, com recursos per capita/ano para a Atenção Básica. E em sua forma variável incentivava a adoção de programas e estratégias para organização da Atenção Básica, dentre eles o PACS e o PSF. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) foi criado em 1998 para compilar dados nacionais com objetivo de subsidiar o acompanhamento, monitoramento e avaliação do PSF (BRASIL, 2005a).

No mesmo ano mencionado acima, a Saúde da Família funcionava com 3.119 equipes, implantadas em 1.219 municípios de 24 estados – com exceção de Roraima, Amapá e Distrito Federal, com implantação mais intensiva do programa entre os anos de 1997 e 1998 (BRASIL, 2005a). Contudo, o aparente sucesso de abrangência da implantação do programa não representava cobertura suficiente da população. O Ministério da Saúde incentivou financeiramente os municípios para que tivessem maior cobertura populacional de ESF, o que provocou nos anos seguintes maiores índices de cobertura (BRASIL, 2005a).

Em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica, documento que reafirma a centralidade da atenção básica no sistema de saúde brasileiro e da Saúde da Família como estratégia para reorientação do modelo de atenção à saúde. Nesse mesmo ano também foi publicado O Pacto pela Saúde, o qual reiterou o fortalecimento da Atenção Básica/Primária a partir dos seguintes objetivos:

- ✓ Saúde da Família como estratégia prioritária para fortalecimento da Atenção Básica, consolidando-a e qualificando-a nos municípios de pequeno porte e ampliando-a e qualificando-a em grandes centros urbanos;
- ✓ Desenvolver ações de qualificação dos trabalhadores da Atenção Básica;
- ✓ Garantir infraestrutura necessária nas unidades de saúde;
- ✓ Garantir o financiamento da Atenção Básica com responsabilidades das três esferas de gestão do SUS;
- ✓ Aprimorar o vínculo profissional e o estímulo à fixação dos trabalhadores;
- ✓ Implantar processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas da gestão (CONASS, 2006).

O Pacto pela Gestão regulamentou o bloco financeiro da atenção básica, buscando assegurar as especificidades dos municípios de grande porte (CONILL, 2008). Anteriormente ao Pacto, privilegiava-se o cálculo de cobertura para o município como um todo, beneficiando as cidades de pequeno porte em detrimento das grandes concentrações urbanas, tais como as metrópoles (BOUSQUAT; CONH; ELIAS, 2006).

De forma geral, a Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2006, expõe seus princípios gerais:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de exercícios de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p. 10).

E ainda, salienta seus fundamentos:

- I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III – desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV – valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V – realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI – estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a, p. 22-24).

O trabalho das equipes de atenção básica é organizado a partir da definição do território de atuação e da população de responsabilidade das equipes; a programação e implementação de atividades devem estar de acordo com as necessidades de saúde da população, priorizando grupos de risco; e a realização do acolhimento deve ocorrer com escuta qualificada, classificação de risco e avaliação da necessidade de saúde. Também faz parte do trabalho das equipes a atenção no domicílio e em locais do território; desenvolvimento de ações educativas; participação do planejamento local de saúde, assim como monitoramento e avaliação das ações; desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social; e o apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social (BRASIL, 2012).

Para Andrade, Barreto e Bezerra (2009, p. 803), a Estratégia da Saúde da Família (ESF) pode ser considerada um modelo coletivo de APS centrado na “unidade familiar”<sup>9</sup> e construído na esfera “comunitária”, ou seja, a ESF é entendida como um componente primário de um sistema de saúde público, universal e integrado com outras redes de atenção à saúde. Ademais, tem como objetivo superar o modelo médico-hegemônico, de acordo com o trecho abaixo:

---

<sup>9</sup> Durante o desenvolvimento do PACS em âmbito nacional já havia um enfoque na família e a noção de área de cobertura (VIANA; DAL POZ, 1998 apud BRASIL, 2005a).

A Saúde da Família, desenhada inicialmente como um programa, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de Saúde, visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde. Tem como objetivo substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade (BRASIL, 2005a, p.17-18).

Na Política Nacional de Atenção Básica, republicada em 2011, consideram-se os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Nesse documento a Saúde da Família é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2012a, p. 22-23).

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, p. 54).

A equipe de Saúde da Família é multiprofissional e composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a essa composição os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde recomenda que cada equipe de saúde da família deve ser responsável em média por 3.000 pessoas ou no máximo 4.000 pessoas, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias. Cada equipe de Saúde da Família pode ter no máximo 12 ACS, sendo o número de agentes comunitários suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Além disso, o ACS pode acompanhar, no máximo, 750 pessoas. A carga horária de trabalho deve ser de 40 horas semanais, com exceção dos profissionais médicos (BRASIL, 2012a).

Há poucos estudos sobre avaliação do processo de implantação e consolidação da ESF nos municípios brasileiros, apesar de algumas experiências

locais (UFBA, 2002). Esse processo torna-se complexo e diverso diante da magnitude territorial brasileira, com suas históricas desigualdades regionais e com as dificuldades que permeiam a apreensão política e histórica da trajetória de construção da atenção básica em cada município.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, do Ministério da Saúde brasileiro, em 2008 a cobertura nacional da ESF era de 48,9%, abrangendo 93,8% dos municípios brasileiros, realizada por 28.865 equipes de Saúde da Família, cobrindo uma população de 91,9 milhões de pessoas (BRASIL, 2013a).

O projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família (PROESF), apoiado pelo Banco Mundial e firmado com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) a partir de um Acordo de Empréstimo, teve como objetivo expandir a cobertura, consolidar e qualificar a ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes. A fase 1 do projeto (2003 a 2007) aumentou em média a cobertura da ESF de 25,7% para 34,4% no período (BRASIL, 2013a).

A fase 2 do projeto (2008 a 2011) subdividiu-se em três componentes: expansão e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes; fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento, avaliação e educação permanente; e fortalecimento da gestão federal e apoio ao fortalecimento das gestões estaduais e municipais da ABS/Saúde da Família (BRASIL, 2013a).

O PROESF aponta alguns desafios históricos, em especial, para organização dos sistemas de saúde em grandes municípios brasileiros como o planejamento inadequado, má distribuição espacial dos serviços de saúde, insuficiência de serviços especializados com fragmentação e desarticulação das ações. As características das metrópoles, com maior densidade populacional, potencializam desigualdades sociais marcadas por situações de extrema pobreza, violência, marginalização e deteriorização progressiva das condições de vida com impactos importantes no desigual acesso e utilização dos serviços de saúde. Além disso, há limitações na formação, capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde com capacidade crítica, técnica e ético-política para enfrentar e compreender a

complexidade do serviço público de saúde. Ademais, há insuficiência ou ausência de acompanhamento e avaliações no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2013a).

Bousquat, Conh e Elias (2006) salientam a importância de avaliar a implantação da Saúde da Família em metrópoles, pois lembram que, atualmente, cerca de 75 milhões de habitantes residem nas 36 regiões metropolitanas brasileiras. Os autores ressaltam que a cobertura populacional da Saúde da Família nas regiões metropolitanas e nas cidades com mais de 500 mil habitantes vem alcançando percentuais inferiores às coberturas nacionais como um todo. Isso porque, em 1998, a cobertura da ESF no país era de 1,96% e em 2003 era de 33,32% e, comparativamente, no mesmo período nas grandes cidades, era, respectivamente, de 0,98% e 17,22%.

Em pesquisa realizada no município de São Paulo sobre a implantação da Saúde da Família, os aludidos autores incorporaram a categoria de análise “espaço” na busca de superar a heterogeneidade e complexidade de investigar o espaço urbano paulistano com suas latentes desigualdades em vários âmbitos. Tomando a capital paulista como exemplo ilustrativo da situação das metrópoles, observaram que a implantação se iniciou na periferia metropolitana, reproduzindo o padrão brasileiro de implantação da ESF em municípios de pequeno porte, os quais em geral possuem pequena disponibilidade de equipamentos de saúde, assim como ocorre na maioria das periferias de grandes cidades (BOUSQUAT; COHN; ELIAS, 2006).

Conill (2008) salienta a controvérsia sobre o impacto do PSF nos indicadores de saúde, ressaltando a farta literatura sobre o papel limitado dos serviços na determinação social da doença. O autor apresenta resultados de pesquisas anteriores que salientam uma discreta superioridade do PSF em relação às unidades tradicionais, principalmente, por meio de práticas de territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário, e acompanhamento de prioridades programáticas. Evidencia, porém, que o acesso continua sendo um nó crítico, com problemas nas estruturas físicas das unidades de saúde, na constituição das equipes, fragilidades da gestão e na organização da rede de serviços.

Para Cunha e Campos (2011), a coordenação do cuidado e o papel de exercer a função de porta de entrada, ou seja, de avaliar a necessidade do acesso

ao serviço especializado são duas funções da atenção primária pouco praticadas no Brasil. Além disso, há uma desvalorização social dos profissionais da atenção básica em comparação com aqueles dos serviços hospitalares e especializados, assim como de alguns profissionais das equipes de saúde, elementos que dificultam a integração assistencial e o trabalho interdisciplinar.

Os autores também salientam o abandono da responsabilidade sanitária territorial na atenção primária, o que acaba por transferir para as centrais de regulação a distribuição dos usuários sem articulação com profissionais de saúde de referência, com ausência de critérios territoriais e aquém da realidade epidemiológica atual fortemente marcada por problemas crônicos e complexos. Em algumas cidades essas centrais estão marcando consultas, inclusive, da atenção básica (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Para Santos e Rigotto (2010), o processo de territorialização tem sido utilizado na Atenção Básica de maneira parcial limitando seu potencial à dimensão gerencial do serviço de saúde. A compreensão do território enquanto uma categoria analítica do processo saúde-doença não é recente e tem sido encontrada de forma polissêmica na literatura. Os autores avaliam que a operacionalização deste conceito representa uma etapa primordial para caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde.

A partir dos anos 2000, observa-se uma tentativa de retomar as discussões de APS. Giovanella (2008) aponta uma tendência nas reformas mais recentes de fortalecimento da APS e de integração da rede assistencial. A autora também salienta que esse momento pode estimular uma discussão que propicie mudanças no modelo assistencial, reforçando os atributos da APS considerando o cuidado das pessoas com doenças e agravos não transmissíveis (DANTs).

De acordo com Rovere (2012), muitas experiências em torno da APS estão em curso na América Latina (Cooperação técnica cubana, experiência bolivariana de formação, saúde da família no Brasil e outras experiências em Nicarágua, El Salvador, Venezuela, Bogotá, Colômbia, Argentina), as quais podem oferecer elementos para (des)construção da APS em uma perspectiva de transformação social. Contudo, podem ser úteis para adicionar um “re” (revitalização ou relançamento) da APS em contextos de crise e insegurança política.

### **3.2.2. A Política de Saúde em Goiânia/GO**

A constituição da política de saúde em Goiânia se insere no processo histórico de luta pelos direitos sociais no Brasil, do qual destacamos alguns elementos em capítulos anteriores. O movimento de reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde a partir de seus princípios, diretrizes e do processo contraditório de regulamentação marcaram a trajetória da política de saúde de Goiânia, contudo imersa em suas próprias lutas e contradições que lhe garantem certa particularidade.

Goiânia constrói sua política de saúde de forma tardia, dando impulso ao reconhecimento dos princípios do SUS apenas em 1998 com a criação da Secretaria Municipal de Saúde. Esse processo foi permeado por conflitos entre os governos do estado e do município, cristalizados por manobras tradicionais de clientelismo e coronelismo. Esses elementos se expressaram no fato de Goiânia ser a penúltima capital brasileira a implantar o processo de municipalização da saúde (SILVA, 2008).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, Goiânia realizou, em 1998, a municipalização de suas unidades de saúde. Segundo os parâmetros da Norma Operacional Básica NOB-SUS/93, o município foi habilitado em 1993 na condição de Gestão Parcial e em 1998 como Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 2005).

A pesquisa de Silva (2008) sobre as dificuldades e avanços na implantação do SUS em Goiânia no período de 1997-2004 se mostra como uma importante contribuição para compreensão da constituição da política de saúde em Goiânia. Nessa investigação, a autora analisou as tentativas do governo municipal (1997-2000) em avançar no processo de implantação da política de saúde, segundo as normativas federais, enfrentando desgastes com o governo estadual. Embora seja possível identificar alguns avanços como a implantação dos Distritos Sanitários, central de ambulâncias, criação do centro de referência e diagnóstico, entre outros elementos, ainda se mantém problemas estruturais, de material, de espaço físico, de falta de contratação de trabalhadores etc.

A autora avalia que, no governo seguinte (2001-2004), foi possível conquistar avanços mais significativos. As concepções da nova administração se pautavam no planejamento estratégico e participativo. Com efeito, alguns avanços foram sentidos na reestruturação do sistema de saúde com o fortalecimento da distritalização e definição/estudo das áreas de abrangências das unidades básicas de saúde; a descentralização; o fortalecimento e articulação dos Conselhos de saúde<sup>10</sup>; a democratização das chefias eleitas com participação de trabalhadores e usuários; a ampliação dos serviços, por exemplo, implementação da rede de urgências e unidades de saúde mental; a implantação da Política de Saúde do Trabalhador e a criação do Centro de Referência da Saúde do Trabalhador; e a informatização. Contudo, também enfrentou recuos haja vista o processo inconcluso da municipalização, com tensões junto ao governo estadual e conflitos com os interesses das instituições privadas de saúde (SILVA, 2008).

Segundo uma pesquisa do Ministério da Saúde realizada com gestores municipais de dez centros urbanos do país<sup>11</sup>, o programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado em Goiânia em Outubro de 1998, de forma gradual, em apenas um bairro, com sete equipes de saúde da família no primeiro ano e com perspectivas de chegar à implantação de 69 equipes nos dois anos subsequentes. Os motivos relatados pelos gestores para implantação desse programa no município foram para expandir a cobertura para áreas de difícil acesso, com risco epidemiológico e elevada mortalidade infantil, assim como pelo PSF se constituir como um novo modelo assistencial. Todavia, não se pretendia uma reorganização ampliada no sistema municipal de saúde no sentido de integrar a Atenção Básica à rede assistencial (BRASIL, 2005a).

---

<sup>10</sup> O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1991, pelo Decreto 1.426, contudo sua regulamentação ocorreu apenas em 2002 por meio da Lei nº 8.088. No período de 1991-1997 o Conselho foi presidido pelo Secretário de Saúde quando foi eleito em plenária um representante da sociedade civil (SILVA, 2008).

<sup>11</sup> A pesquisa foi realizada nos municípios de Aracaju/SE, Camaragibe/PE, Vitória/ES, Vitória da Conquista/BA, Palmas/TO, Manaus/AM, Goiânia/GO, Brasília/DF, São Gonçalo/RJ e Campinas/SP. Esses municípios foram selecionados considerando situações diversificadas de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no país, com objetivo de analisar os fatores que facilitaram e dificultaram o processo de implantação do programa (BRASIL, 2005a). Diante da abrangência da investigação e ampla utilização de instrumentos de coleta de dados (entrevistas com gestores e com conselheiros municipais de saúde; questionários com as equipes de Saúde da Família e famílias usuárias do PSF), utilizou-se essa pesquisa como referência para problematizar, principalmente, os dados sobre a implantação da estratégia de Saúde da Família em Goiânia/GO (BRASIL, 2005a).

Em Goiânia, o PSF foi implantado desvinculado da rede básica e foi concebido, inicialmente, como programa centrado na realização de atividades educativas individuais, com a criação de ESF [Equipes de Saúde da Família] volantes, fazendo visitas domiciliares de casa em casa, tendo, por vezes, apenas espaços comunitários como ponto de apoio ou uma sala em unidade de saúde tradicional. Em 2001, iniciava-se processo de articulação do programa com a rede assistencial e os novos gestores municipais compreendiam o PSF como estratégia para reorganizar a rede assistencial. Foi iniciada discussão interna para mudança do PSF, pretendendo-se um modelo que articulasse ações de promoção, prevenção e assistência individual (BRASIL, 2005a, p. 80).

No ano de implantação do PSF em Goiânia houve posicionamento contrário por parte da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás para implantação da proposta no município. Em contrapartida o atual prefeito e secretário da saúde apoiavam muito a implantação do programa. Também houve apoio de outros atores/instituições como enfermeiros/Coren, Conselho Municipal de Saúde e Associação de Moradores. Em Goiânia houve divergência quanto ao modelo a ser implantado em decorrência da implantação de equipes de saúde da família volantes sem unidades próprias. Em 2001, sob nova gestão municipal, houve ampliação das equipes de saúde da família existentes dando continuidade ao projeto de expansão do PSF e de mudança do modelo implantado (BRASIL, 2005a).

Em 2001, existiam 75 equipes de saúde da família com número médio de 1.333 famílias por ESF e com percentual de cobertura populacional de 30%. Essa relação foi considerada excessiva de acordo com o índice preconizado pelo MS<sup>12</sup>. Nesse ano existiam, em Goiânia, 24 unidades com equipes de saúde da família. No processo de implantação apenas uma unidade foi construída e sete equipes de saúde da família foram alocadas em unidades básica tradicionais, decisões que acentuavam o conflito entre os trabalhadores desses diferentes modelos. Nesse cenário apenas uma unidade básica foi convertida em Saúde da Família e 15 unidades se configuravam como “minipostos” situados em imóveis alugados/cedidos. É frequente, na condição da maioria das equipes de saúde da família a insuficiência de espaço para realização de atividades em grupo e o

---

<sup>12</sup> Naquela ocasião o Ministério da Saúde já orientava a adscrição de 600 a 1000 famílias por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2005a). Em 2012, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, cada ESF deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000 (BRASIL, 2012a).

revezamento de profissionais dentro e fora da unidade em razão da pequena quantidade de consultórios (BRASIL, 2005a).

Em Goiânia, a mobilização da população e sensibilização dos profissionais de saúde quanto à implantação do PSF foi restrita. Contudo, o aumento da visibilidade do programa e ampliação do acesso à população aos serviços de saúde parecera ter amenizado as resistências iniciais. A avaliação do processo de implantação e consolidação do PSF no município pode ser identificada pela participação da população e dos profissionais de saúde, assim como do conhecimento e do envolvimento desses sujeitos na realização do diagnóstico de saúde local. Em 2002, em Goiânia, os profissionais de saúde relataram reconhecer a existência dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), entre os de nível superior 84%, auxiliares de enfermagem 66,7% e agentes comunitários de saúde 71,8%, contudo indicaram uma baixa participação, em média de 7% dos profissionais. Com relação às famílias estudadas, apenas 12% sabem que existe o CLS e nenhuma indicou participação. No que se refere ao diagnóstico de saúde local, houve um conflito de percepções sobre a valorização deste instrumento. Dos sujeitos investigados, 73,4% dos profissionais de saúde relataram que a população valoriza muito reuniões para discutir diagnóstico de saúde, mas apenas 13,6% dos agentes comunitários de saúde (ACS) informaram forte participação das lideranças comunitárias. Ademais, 87% da população não sabe dizer se essa ação foi realizada, sendo que nenhum usuário mencionou participação (BRASIL, 2005a).

De acordo com dados de 2009, a organização do serviço público de saúde do município de Goiânia ocorre por meio de sete Distritos Sanitários. A estratégia da Saúde da Família em Goiânia constitui-se com 145 equipes, além de 57 equipes de saúde bucal, com cobertura de 42.2% da população (GOIÂNIA, 2009).

Em 2001, Goiânia possuía uma rede ambulatorial do SUS composta por 443 unidades<sup>13</sup>. Quando distribuídas por nível de hierarquia<sup>14</sup>, correspondiam a 207

---

<sup>13</sup> No estudo realizado pelo Ministério da Saúde foram excluídas as unidades classificadas como sem orçamento, o que significa que essas estavam inativas no SUS (BRASIL, 2005a).

<sup>14</sup> Segundo a classificação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), as unidades de saúde são classificadas por níveis (do 1 ao 8). Em termos gerais, esses níveis representam a Atenção Básica (níveis 1 e 2), a Atenção Especializada (níveis 3, 4 e 6) e os serviços de Alta Complexidade de referência (níveis 7 e 8). No estudo realizado pelo Ministério da Saúde, Goiânia não possuía unidades classificadas no nível 5. Esse nível se refere à existência nos ambulatórios de hospitais de internações nas especialidades básicas (BRASIL, 2005a).

unidades na Atenção Básica, a Atenção Especializada era representada por 216 unidades e 20 serviços compreendiam a Alta Complexidade. No referido município, a relação do número de unidades ambulatoriais por dez mil habitantes era de 4. Quando analisados nesse quadro a produção ambulatorial, em 2001, Goiânia destacou-se pela produção mais elevada de alta complexidade, chegando a 29,5%, em comparação com outros centros urbanos estudados. Os outros níveis a produção do município foram de 25,7% na Atenção Básica e na Média complexidade de 44,8% (BRASIL, 2005a).

A quase totalidade da rede ambulatorial e hospitalar do SUS em Goiânia estava, em 2001, sob a gestão municipal. Contudo, havia elevada predominância de leitos privados, os quais correspondiam a 78% (17,5% são leitos públicos e 4,5% são leitos universitários), exigindo uma capacidade maior de regulação do gestor municipal. Esse cenário também foi identificado em outros centros urbanos estudados onde a rede ambulatorial do SUS, na sua maioria, é pública e os leitos, em geral, privados, apresentando níveis abaixo da média nacional de 24%. Segundo o mencionado estudo, essa dualidade é resultante da política de assistência previdenciária da década de 1980, a qual privilegiou a prestação de serviços privados. Identificamos também que, em 2000, a média de consultas de 1,7% por habitantes em Goiânia não só foi inferior aos outros centros urbanos estudados como também apresentou média inferior ao preconizado pelo SUS que é de 2 a 3 consultas por habitante/ano. Esses elementos devem ser analisados considerando também o atendimento a pacientes de outros municípios e estados, como é o caso de Goiânia (BRASIL, 2005a).

Até pouco tempo, as particularidades da política de saúde de Goiânia davam sinais de enraizamento, quando o então secretário municipal de saúde, Elias Rassi Júnior, escreveu um texto para o Jornal O Popular denunciando o histórico esvaziamento público dos governos estaduais. Além da falta de cumprimento dos percentuais constitucionais mínimos exigidos para os recursos à saúde, os governos estaduais vêm reduzindo progressivamente esses investimentos. Segundo o secretário, desde a promulgação da Emenda constitucional 29 em 2000, o governo do estado deixou de investir mais de R\$ 5 bilhões na área da saúde (RASSI, 2012, n. p.).

Em 2010 o estado gastou (valores efetivamente pagos) com as ações da Secretaria Estadual de Saúde R\$ 667 milhões. Esse montante foi reduzido para R\$ 624 milhões em 2011 e, em 2012, considerando valores corrigidos para os primeiros 180 dias, deve atingir R\$ 630 milhões. Além de representarem algo em torno da metade dos percentuais definidos constitucionalmente, expressa uma retirada de R\$ 80 milhões nos dois últimos anos quando comparados ao anterior. Nesse mesmo período, o IPASGO [Instituto de Assistência dos Servidores Públicos do Estado de Goiás] recebeu R\$ 200 milhões a mais para atender os servidores públicos estaduais, passando de R\$ 727 milhões em 2010 para R\$ 801 milhões e R\$ 836 milhões (valor projetado) em 2011 e 2012, respectivamente. [...] É importante identificar onde ocorreram estes cortes para as reflexões. Os investimentos estaduais em saúde (construções e equipamentos) caíram de R\$ 27 milhões, em 2010, para R\$ 330 mil em 2011, e os gastos com material de consumo (medicamentos e insumos) de R\$ 74 milhões para R\$ 48 milhões e não devem alcançar R\$ 15 milhões em 2012.

Além disso, o autor salienta que esse contexto fez aprofundar a crise dos hospitais estaduais, os quais reduziram 2000 internações em 2011. Tudo isso em um processo de transferência de toda rede pública estadual de hospitais para iniciativa privada. Para o autor, “o nosso principal e único hospital voltado às emergências foi entregue à uma organização montada nas vésperas de processo licitatório” (RASSI, 2012).

De acordo com estudo realizado pelo Ministério da Saúde, em 2000, Goiânia destinava à área da saúde 4,5% do conjunto das despesas do município, recebendo recursos federais na ordem 83,6% do total investido na área. Essa realidade foi identificada em outros centros urbanos estudados, os quais apresentavam gastos com saúde muito aquém do estipulado pela Emenda Constitucional 29, ou seja, de 15%. Portanto, há predominância das transferências federais, com baixíssimas participações com recursos próprios dos municípios e praticamente nula participação das secretarias estaduais (BRASIL, 2005a).

Parece que esse quadro tem apresentado avanços na recente gestão municipal de saúde de Goiânia, pois os gastos com saúde se elevaram para 24%. Um aumento de cinco vezes no período de doze anos (2000 a 2012). De acordo com Elias Rassi Júnior (RASSI, 2012), houve ampliação na ordem de R\$ 657 milhões em 2010, R\$ 760 milhões em 2011 e R\$ 900 milhões em 2012. O então secretário de saúde também salienta a realização de dois concursos públicos, os quais ampliaram o quantitativo de trabalhadores de 5.594 em Janeiro de 2006 para 10.715 no início de 2012.

De forma geral, buscamos apresentar alguns elementos que caracterizaram a constituição histórica da política de saúde em Goiânia, especialmente a concepção do papel da estratégia da Saúde da Família e da Atenção Primária à Saúde nos serviços de saúde. A nosso ver, esses traços históricos tiveram influência marcante no processo de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município, como é abordado mais adiante.

### 3.3. O NASF, O APARATO LEGAL E O DIÁLOGO COM A LITERATURA ACADÊMICA

No sentido de apoiar e ampliar as ações de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, por meio de maior abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008.

Para Nunan (2009) as discussões sobre o NASF no Brasil ocorreram em 2003-2004 a partir dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), inicialmente criados para formar equipes definidas por áreas específicas. Os NAISF foram criados pela portaria nº 1065 de 4 de julho de 2005, revogada no dia posterior (AZEVEDO, 2012). Na ocasião foram constituídos de quatro modalidades de ação em saúde com suas respectivas possibilidades de composição profissional: I - alimentação/nutrição e atividade física, composta por nutricionista, profissional de Educação Física e instrutor de práticas corporais; II - atividade física, composta por profissional de Educação Física e instrutor de práticas corporais; III – saúde mental, composta por psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional e assistente social e IV – reabilitação, composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e assistente social (BRASIL, 2005b). Essa proposta previamente formulada com equipes definidas dificultava a viabilidade da implantação dos NAISF nos municípios. Na tentativa de superação desse limite a proposta em 2008 apresentou um elenco de profissionais (NUNAN, 2009).

Os NASF foram criados por meio da Portaria ministerial da saúde nº154 de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Tal política objetiva a ampliação do escopo das ações de Atenção Básica, qualificação da coordenação do

cuidado no Sistema Único de Saúde e a responsabilização compartilhada entre as equipes da estratégia da Saúde da Família (ESF) e/ou equipes de atenção básica para populações específicas – EAB - (ribeirinhas, fluviais ou consultórios na rua) e as equipes dos NASF.

Os NASF buscam revisar de forma integrada e sistemática a prática de encaminhamento, redefinindo os papéis de referência e contrarreferência, em um processo de acompanhamento longitudinal e plena integralidade do cuidado dos usuários, reforçando os atributos da Atenção Básica e o seu papel de coordenação do cuidado (BRASIL, 2008). Na Política Nacional de Atenção Básica, há um alerta sobre o trabalho integrado dos NASF com as equipes de ESF/EAB – reiterado inúmeras vezes nas “Diretrizes do NASF” (BRASIL, 2009) - os quais não devem ser tornar “unidades físicas independentes ou especiais”, como se pode observar no trecho abaixo:

Os Nasfs fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, rede sociais e comunitárias (BRASIL, 2012a, p. 69-70).

De acordo com as Diretrizes (BRASIL, 2009), o NASF devem atuar seguindo algumas diretrizes da APS, tais como: interdisciplinaridade e intersetorialidade; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização. Ademais, o trabalho dos NASF deve ser organizado por meio do apoio matricial, da clínica ampliada, do projeto terapêutico singular, do projeto de saúde no território e da pactuação de apoio, “ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira” (BRASIL, 2009, p. 8).

[...] a organização do processo de trabalho dos Nasf, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiências para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussões de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc [...] A constituição de uma rede de

cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um Nasf. Para tanto, sua equipe e as equipes de SF [Saúde da Família] deverão criar espaços de discussões internos e externos, visando o aprendizado coletivo. Dentro de tal perspectiva, o Nasf deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma coresponsabilizada com a ESF [...] (BRASIL, 2009, p. 8-9).

Nove áreas estratégicas compõem os NASF, a saber: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009).

De acordo com os marcos regulatórios, os NASF podem ser constituídos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de ESF/EAB, apoiando essas equipes e a unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Inicialmente, os NASF poderiam ser compostos por no mínimo cinco profissionais, no caso dos NASF 1, e no mínimo três profissionais, no caso do NASF 2, escolhidos em um rol de 13 profissões - médico acupunturista, assistente social, profissional de Educação Física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional - com exceção das especialidades médicas para o NASF 2 (BRASIL, 2008). Na Política Nacional de Atenção Básica, republicada em 2011, ampliou-se as possibilidades de composição das equipes NASF, incluindo-se além das profissões citadas: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas duas áreas. Nota-se que a partir da portaria nº 256 de 11 de março de 2013 cria-se a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) provisória 2241E1 de “profissional de educação física na saúde”, contudo no mesmo documento há também a referência para a aludida CBO de “professor de educação física”. Ademais na PNAB aparece “profissional/professor de educação física”, ao que parece denotam dificuldades ou indiferença na tentativa de denominar o profissional desta área do conhecimento (BRASIL, 2012a).

A escolha dos profissionais deve ser definida pelos gestores municipais a partir da realidade epidemiológica local e da disponibilidade de profissionais (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012a). Contudo, o Ministério da Saúde recomenda que cada NASF tenha pelo menos um profissional da saúde mental, dada a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais no cenário brasileiro (BRASIL, 2008). O NASF 1 e 2 devem funcionar em horário coincidente com o funcionamento das equipes de ESF/EAB (BRASIL, 2012a).

Há três modalidades de NASF: 1, 2 ou 3<sup>15</sup>, os quais variam conforme quantidade de carga horária e número de equipes de ESF/EAB que as equipes NASF oferecem apoio. Inicialmente os NASF foram criados estabelecendo carga horária mínima de 40 horas semanais para cada profissional – com exceção de médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais – seguindo as orientações que vinham buscando qualificar a estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2008). Com a republicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2011, esses parâmetros foram alterados, prevalecendo a totalidade de carga horária por equipe. No NASF 1, a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 horas semanais, 120 horas no NASF 2 e 80 horas no NASF 3. Em todas as modalidades nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas e carga horária semanal de no máximo 80 horas, no caso do NASF 1, ou 40 horas, no caso dos NASF 2 ou 3 (BRASIL, 2012a).

Com relação ao número de equipes de ESF, o NASF 1 deverá desenvolver suas atividades vinculados a, no mínimo, cinco e, no máximo, nove equipes de ESF/EAB. O NASF 2 deverá desenvolver suas atividades vinculados a, no mínimo, três e no máximo quatro equipes de ESF/EAB e o NASF 3 deve estar vinculado a, no mínimo, uma e, no máximo, duas equipes de ESF/EAB, constituindo-se como uma equipe ampliada (BRASIL, 2012b).

Durante os primeiros cinco anos de criação do NASF (2008-2013), a relação entre equipes NASF e quantidade de equipes de ESF parecem ter sido um dos elementos mais evidentes de sobrecarga de trabalho e, por isso, motivo de grande debate, o qual, provavelmente, provocou mudanças nos marcos legais. Em 2008,

---

<sup>15</sup> A modalidade de NASF 3 foi criada pela portaria 3.124 de 28 de dezembro de 2012 com objetivo de universalizar as equipes NASF para todos os municípios brasileiros com estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2012a).

quando o NASF foi criado essa relação era a seguinte: o NASF 1 desenvolvia suas atividades oferecendo apoio a, no mínimo, oito equipes e, no máximo, vinte equipes de ESF e NASF 2 apoiava, no mínimo, três equipes de ESF (BRASIL, 2008). Em 2011, com a republicação da PNAB, o NASF 1 passou a realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, oito e, no máximo, quinze equipes de ESF – diminuindo cinco equipes da normativa anterior – e NASF 2 apoiaria, no mínimo, três e, no máximo, sete equipes de ESF – estabelecendo teto máximo para quantidade de equipes ESF, o qual antes não existia (BRASIL, 2012a).

Os recursos financeiros federais de transferência para a implantação do NASF (parcela única) e de incentivo federal para custeio mensal variam de acordo com cada modalidade: NASF 1 R\$ 20.000, NASF 2 12.000 e NASF 3 8.000<sup>16</sup> (BRASIL, 2013b).

Cada NASF poderá ser vinculado a, no máximo, três polos do Programa Academia da Saúde<sup>17</sup>, o qual deverá existir pelo menos um profissional de nível superior com carga horária de 40 horas semanais ou dois profissionais com carga horária de 20 horas semanais os quais serão responsáveis pelas atividades do referido Programa (BRASIL, 2012a). Abaixo destacamos a relação entre o NASF e o programa Academia de Saúde descrita na PNAB:

Os NASF devem utilizar as Academias da Saúde como espaços que ampliam a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para as ações de promoção da saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição (BRASIL, 2012a, p. 71).

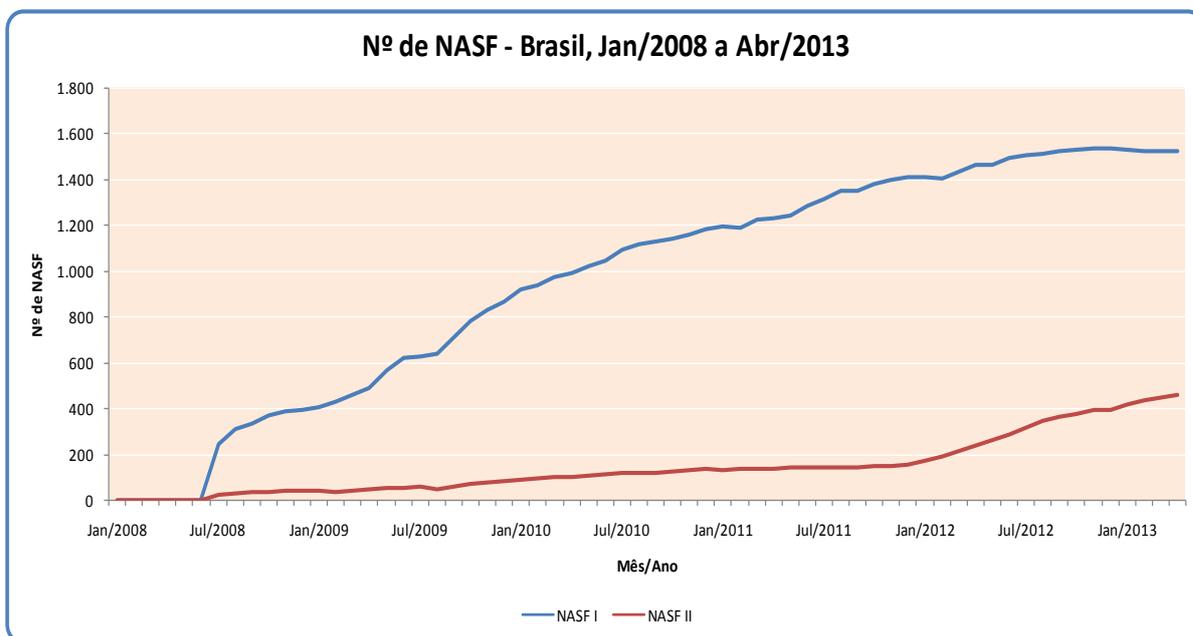
Segundo dados da Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (DAB/SAS/MS) foram implantados 1987 NASF no país, sendo 1527 do tipo NASF 1 e 460 do tipo NASF 2, conforme figura abaixo.

---

<sup>16</sup> Por meio da portaria nº 548 de 4 de abril de 2013 foi criado o financiamento do NASF 3 e alterado o valor do NASF 2, o qual passou de R\$ 6.000 para R\$ 12.000 (BRASIL, 2013b).

<sup>17</sup> Programa do Ministério da Saúde criado em 2011 para contribuir com a promoção da saúde da população, o qual será detalhado no próximo capítulo.

**Figura 3** - Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil no período de janeiro de 2008 a abril de 2013.



Fonte: Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

Considerando a recente criação dos NASF no país, identificamos poucas investigações sobre os processos de implantação desta política nos municípios brasileiros, como foram os casos das pesquisas de Menezes (2011), Andrade et al. (2012), Azevedo (2012), Dias (2012), Mafra (2012) e Santos (2012a). De forma geral, observamos que essas pesquisas apresentam desenhos teórico-metodológicos distintos, enfatizando diferentes aspectos sobre a implantação dos NASF nas realidades estudadas. Além disso, os municípios apresentam características também diversas quanto à dimensão geográfica, densidade populacional, construção político-social dos serviços de saúde, perfil epidemiológico etc., elementos que tiveram influência na constituição dos diferentes modelos de NASF. Em que pesem as particularidades de cada investigação, avaliamos a importância de problematizar alguns elementos que se mostraram centrais no trabalho dos NASF nos municípios estudados.

### 3.3.1. Experiências de Implantação do NASF no país

Em pesquisa realizada sobre os NASF no interior de Santa Catarina<sup>18</sup>, os autores buscaram identificar potencialidade e fragilidades do processo de implantação dessa política. Indicam como potencialidades o estabelecimento de prioridades e o planejamento das ações a partir da identificação das necessidades da população e da melhoria das relações interdisciplinares; o estímulo ao trabalho em equipe e o diálogo com a gestão municipal. E as fragilidades foram observadas pela carência de educação permanente; falta de compreensão da proposta de trabalho e funcionamento dos NASF e desarticulação e fragmentação do trabalho das equipes de ESF em razão de falta de tempo e de comprometimento de parte dos profissionais (ANDRADE et al., 2012).

Sobre a implantação dos NASF em Olinda/PE<sup>19</sup>, as principais dificuldades relatadas pelos profissionais dos NASF foram: inadequação da estrutura física das unidades de saúde, dificultando trabalhos em grupo; resistência dos profissionais da ESF por se sentirem “vigiados” pelos profissionais dos NASF, em parte por evidenciarem a falta de atividades em grupo; dificuldades no encaminhamento de pacientes para referência de especialidades; deficiência no matriciamento na área de saúde mental, em razão da insuficiência de psiquiatras na rede de serviços; dificuldade de pactuação de cronograma com as equipes de ESF com impacto no trabalho interdisciplinar; falta de material didático-pedagógico para orientar as atividades coletivas; extensão excessiva da área de cobertura dos NASF e deficiência na disponibilidade de transporte, dificultando o apoio as equipes de ESF (MENEZES, 2011).

Menezes (2011) também identificou na implantação dos NASF em Olinda/PE dificuldades no domínio do matriciamento por parte dos profissionais dos NASF, os quais priorizaram os atendimentos individuais em detrimento dos domiciliares, educativos e da capacitação dos profissionais da ESF. Na tentativa de superar essa

---

<sup>18</sup> A pesquisa foi realizada com profissionais de 37 equipes de ESF e de 15 NASF situados em municípios do meio-oeste catarinense, os quais foram implantados a partir de junho de 2009 no estado de Santa Catarina (ANDRADE et al., 2012).

<sup>19</sup> O NASF em Olinda/PE foram estruturados em duas etapas: de abril a julho de 2008 com implantação de dois NASF e de março a julho de 2009 com a implantação de mais três NASF (MENEZES, 2011).

dificuldade, com acompanhamento dos gestores, foram mantidas as reuniões para compartilhamento de atividades desenvolvidas nos NASF, assim como a construção do planejamento das ações dos NASF – segundo a autora um instrumento importante de aproximação teórica ao matriciamento – e o planejamento anual de saúde dos NASF.

Importante ressaltar que na implantação dos NASF em Olinda/PE houve dificuldades quanto à imprecisão de atribuições de “gerenciamento do território de abrangência” na relação entre Distrito Sanitário e NASF, pois as coordenações dos NASF, com pouca experiência em matriciamento, mantiveram suas atribuições administrativas vinculadas ao Distrito Sanitário (MENEZES, 2011, p. 61).

Na implantação dos NASF em São Pedro da Aldeia/RJ<sup>20</sup> ficaram explícitos os desafios de integrar uma política em uma rede de serviços precária, em especial em um município de pequeno porte, com dificuldades estruturais, orçamentárias, políticas e de pessoal (DIAS, 2012). Além disso, os entrevistados da referida pesquisa salientam a falta de preparo/competência técnica e comprometimento dos gestores municipais com a política de saúde. Na implantação dos NASF neste município foi importante realizar uma oficina de sensibilização do papel dos NASF para os profissionais da ESF, os quais se encontravam desestimulados, desqualificados e em equipes desestruturadas. Também foi construída uma agenda compartilhada com as equipes de ESF e a elaboração de projetos itinerantes em várias áreas estratégicas. Apesar da implantação recente dos NASF no município, alguns avanços já podem ser observados na qualificação do atendimento do pré-natal e no trabalho interdisciplinar, a partir das reflexões e discussões suscitadas no estudo de casos, contudo, permanece o desafio de compreender e reestruturar a rede de serviços (DIAS, 2012).

Souza (2013) analisou a implantação dos NASF em três municípios do Ceará, investigando profissionais da ESF, trabalhadores dos NASF e gestores locais<sup>21</sup>. Em Crato/CE o processo inicial foi difícil em razão da falta de clareza do papel dos

---

<sup>20</sup> Em São Pedro da Aldeia/RJ foi implantada uma equipe de NASF em dezembro de 2011.

<sup>21</sup> Em Crato/CE foram implantadas duas equipes de NASF em 2009, uma em 2011 e uma em 2012. Em 2008 foram implantadas seis equipes de NASF em Sobral/CE e em 2009 foram implantadas 24 equipes de NASF em Fortaleza/CE (SOUZA, 2013).

NASF; com relação às resistências dos profissionais da ESF geradas pela expectativa frustrada do trabalho diário dos NASF na unidade de saúde e no atendimento das demandas de assistência; ausência de disponibilidade das equipes de ESF em estabelecer ações conjuntas, seja pela sobrecarga de trabalho ou pela falta de interesse, por vezes justificadas pelo aumento de trabalho provocado pelos NASF; e nos parece que na tentativa de superar as resistências citadas, os profissionais do NASF realizavam reuniões e pactuações com os ACS.

Em Fortaleza/CE as dificuldades de implantação do NASF se somaram a complexidade que apresenta um grande centro urbano; pelo desconhecimento geral da proposta pelos profissionais da ESF, coordenadores das unidades de saúde e pelos trabalhadores do NASF; e a ausência de acompanhamento e suporte de apoiadores para estruturação e reflexão do trabalho com as equipes de NASF (SOUZA, 2013).

Em Sobral/CE a trajetória histórica de estruturação da Atenção Primária potencializada pela possibilidade de articulação com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e ações da Escola de Formação em Saúde Visconde de Sabóia (EFSVS) trouxe diferencial na implantação dos NASF no município. Especialmente, por conta do suporte de coordenadores e apoiadores que, inicialmente, acompanhavam as equipes de NASF promovendo reflexões importantes sobre o trabalho desenvolvido. E, posteriormente, pela possibilidade dos profissionais dos NASF cursarem Especialização em Saúde da Família oferecida gratuitamente pela EFSVS. Outra particularidade de Sobral/CE ocorreu no período de 2005 a 2007 por meio de uma experiência antecessora aos NASF de composição de cinco Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família (NAISF). Ainda que se considerem as particularidades de Sobral/CE, também houve dificuldades na inserção dos profissionais dos NASF por conta da alta demanda de atendimentos individuais especializados e pela dificuldade em estabelecer ações de apoio matricial (SOUZA, 2013).

De maneira geral, Souza (2013) salienta que nos três municípios cearenses (Crato, Fortaleza e Sobral) estudados os profissionais não eram concursados, o que provocou intensa rotatividade em razão do vínculo precário e/ou do término do contrato. Os municípios investigados também enfrentaram dificuldades quanto ao

formato proposto para o NASF, especialmente pela quantidade de equipes de ESF que as equipes de NASF realizavam apoio, dificultando a criação de vínculos com a população e com os profissionais de ESF. Nesse contexto não foi possível estruturar espaços coletivos para discussões de casos e atendimentos conjuntos, acirrando questionamentos quanto à função do NASF, especialmente evidenciada pela tensão entre suprir os atendimentos clínicos individuais ou promover ações coletivas. De acordo com a autora, os profissionais do NASF experimentaram um espaço de “não lugar” nas unidades de saúde sem conseguirem estabelecer um vínculo histórico, criação de identidade e pertencimento.

Santos (2012a) analisou o papel dos NASF no cuidado mental na atenção básica em Fortaleza/CE<sup>22</sup> e observou pouca interação entre trabalhadores da ESF e dos NASF, em que muitos profissionais da ESF reforçam a lógica do encaminhamento para os profissionais dos NASF. Neste sentido, muitos trabalhadores da ESF, apesar de avaliarem positivamente o NASF, desejam que o NASF realize atendimentos individuais, participe mais das visitas domiciliares – em especial os agentes comunitários de saúde -, realizando atividades paralelas ou complementares as ações da ESF e reforçando processos de fragmentação do trabalho. Neste sentido, a autora salienta que os trabalhadores da ESF expõem suas reais necessidades de trabalho, ainda que os marcos legais e orientações do Ministério da Saúde apontem em outra direção (SANTOS, 2012a).

De maneira geral, a autora identificou nos NASF em Fortaleza/CE a fragmentação do trabalho e de equívocos quanto ao trabalho em equipe, os quais, em parte, parecem estar ligados a recente criação dos NASF, o qual vem gerando muitas dúvidas, incertezas e equívocos sobre o papel dos NASF. Contudo, apesar dos limites apresentados, a autora avalia que há um movimento de apropriação da proposta dos NASF pela equipe de ESF e de aproximação, as quais podem gerar possibilidades concretas de trabalho conjunto (SANTOS, 2012a).

Ademais, Santos (2012a) ressalta a necessidade de criação de espaços formativos em saúde mental, na tentativa de superar estereótipos e o desconhecimento de alguns trabalhadores sobre o movimento de reforma

---

<sup>22</sup> A pesquisa realizada em Fortaleza/CE investigou profissionais de duas equipes de ESF e a equipe de NASF de referência. Os NASF foram implantados no aludido município em 2009 (SANTOS, 2012a).

psiquiátrica. Nesta trilha, assinala a importância de garantia de espaços coletivos para discussões, planejamentos, pactuações e avaliações do trabalho. Essas atividades podem superar a perspectiva de compartilhamento apenas das ações, ensejando possibilidades criativas e resolutivas.

Santos (2012a) também ressalta que apenas profissionais com formação superior participavam das atividades de matriciamento e que a precariedade da infraestrutura nos serviços de saúde também se coloca como um dos principais obstáculos à materialização de ações integrais.

Em uma pesquisa realizada sobre a implantação dos NASF no município de Pirai/RJ<sup>23</sup> foi observada uma preocupação inicial dos gestores municipais em reproduzir as experiências consideradas “negativas” de municípios vizinhos, no quais os NASF tinha característica predominantemente assistencial (MAFRA, 2012). Contudo, o processo de construção dos NASF neste município foi centrado na “lógica da gestão”, com pouca participação dos trabalhadores da ESF e da população, neste sentido “[...] o NASF se tornou um braço da gestão entrando nas equipes” (MAFRA, 2012, p. 49). Para a autora, essa característica se impôs pela experiência dos profissionais que vieram a compor os NASF, pois, dos cinco que faziam parte da equipe no momento da implantação, três eram coordenadores de programas nos serviços de saúde e mantiveram suas funções acumuladas com as dos NASF (MAFRA, 2012).

A construção do processo de implantação dos NASF em Pirai/RJ não possibilitou espaços de diálogo e discussão do trabalho com profissionais das ESF e com a população, centrando as decisões nas coordenações (os quais, por ora, também eram profissionais do NASF) e na secretaria de saúde. Enquanto isso, os trabalhadores da ESF mantinham suas expectativas no trabalho assistencial do NASF e não compreendiam a ideia de “apoio” (MAFRA, 2012).

Os profissionais do NASF do município de Pirai/RJ não conheciam a proposta de apoio matricial, com exceção da psicóloga, elemento esse que contribuiu para a fragmentação do trabalho no NASF, prevalecendo as experiências acumuladas pelos profissionais, seja na assistência ou no matriciamento (MAFRA, 2012). Não

---

<sup>23</sup> Os NASF naquela cidade foi implantado em outubro de 2009 e se constituiu do tipo 1 com seis profissionais, quais sejam: psicólogo, farmacêutico, fonoaudiólogo, assistente social, profissional de Educação Física e nutricionista (MAFRA, 2012).

houve formação dos trabalhadores para o trabalho no NASF e o processo de organização não foi construído coletivamente, secundarizando o matriciamento como proposta central do trabalho do NASF. Neste cenário, as discussões de caso e o processo pedagógico de reflexão ocorriam isoladamente com a psicóloga durante as atividades de matriciamento (MAFRA, 2012).

Em Belo Horizonte/MG, a implantação dos NASF<sup>24</sup> ocorreu sob forte influência de uma experiência anterior centrada na dimensão da reabilitação (AZEVEDO, 2012). Em 2005, o município criou os Núcleos de Apoio em Reabilitação (NAR), cujo objetivo era formar uma equipe multiprofissional para apoiar as equipes de ESF nesta área estratégica. Com a criação dos NASF em 2008, os gestores ampliaram a proposta para todo o município, no entanto mantendo as características vinculadas à reabilitação, e mais especificamente, as questões “físicas”. O trabalho dos NASF foi construído centrado na visita domiciliar, atendimento individual e nas atividades coletivas, onde a reabilitação era o eixo que orientava a seleção do público prioritário e de casos acompanhados, apesar das discussões permanentes com a inserção de outros profissionais nos NASF (AZEVEDO, 2012).

Em virtude dessa demarcação na reabilitação, os profissionais dos NASF construíram pouca articulação com outras áreas estratégicas, com a atenção especializada e outros setores. Segundo os profissionais do NASF, para as equipes de ESF, o enfoque do trabalho dos NASF de “apoio” gerou, inicialmente, resistência, pois os NASF representariam mais trabalho e levantamento de demanda, não contribuindo de maneira imediata na assistência aos usuários. “[...] a expectativa por um atendimento clínico isolado, direcionado para a enfermidade, ainda faz parte do cenário” (AZEVEDO, 2012, p. 82). Para a autora, os NASF em Belo Horizonte têm se constituído, predominantemente, como “apoio para os casos” e não como apoio as equipes de ESF.

Algumas conquistas também podem ser identificadas no trabalho dos NASF em Belo Horizonte, como a ampliação significativa da diversidade e do número de

---

<sup>24</sup> Os NASF foram implantados em 2008 no município, constituindo-se em 48 equipes NASF apoiando 544 equipes de ESF. As equipes NASF são compostas por: fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais de Educação Física, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais (AZEVEDO, 2012).

profissionais, atualmente com 350 trabalhadores distribuídos em 48 equipes NASF. Para uma gestora do município, a inserção de categorias não-médicas tem contribuído para a qualificação do trabalho na Atenção Básica. Destaca a inserção do farmacêutico e do profissional de Educação Física, os quais não estavam presentes nas equipes do Núcleo de Apoio em Reabilitação (NAR) (AZEVEDO, 2012).

Também foi relatada, na implantação dos NASF em Belo Horizonte/MG, a diminuição da relação entre número de equipes de ESF e apoio dos NASF como importante elemento para a qualificação do trabalho. Apesar das resistências iniciais terem sido superadas junto à maioria das equipes de ESF, ainda há dificuldades na relação com algumas equipes. Os profissionais dos NASF também destacaram positivamente a existência de uma sede e de salas específicas em algumas unidades de saúde que contribuem para organização do trabalho, pois inicialmente não tinham espaço nem para guardar os pertences pessoais. Também se ressalta o trabalho “interdisciplinar” como um avanço e também como um desafio, pois nem sempre as pessoas foram “preparadas ou querem trabalhar neste modelo”, na perspectiva de troca de saberes, ampliação e enriquecimento das intervenções (AZEVEDO, 2012, p. 87). Finalmente, os profissionais denominam de sonho “o dia em que existirá uma equipe NASF para uma UBS” (AZEVEDO, 2012, p. 88).

Tendo como ponto de partida as investigações ora compartilhadas, avaliamos a necessidade de análises teórico-conceituais mais profundas sobre os aspectos que aparecem de forma recorrente nas investigações e/ou dos elementos apontados como centrais do trabalho dos NASF. Neste sentido, buscamos desenvolver alguns desses elementos com o objetivo de subsidiar as análises do trabalho do NASF em Goiânia/GO e da inserção da Educação Física.

### **3.3.2. A Educação Permanente, o Apoio Matricial e a Interdisciplinaridade como propostas centrais do trabalho do NASF**

Nos marcos regulatórios dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e nas pesquisas sobre a implantação dos NASF em alguns municípios brasileiros (MENEZES, 2011; ANDRADE et al., 2012; DIAS, 2012; SANTOS, 2012a; SOUZA,

2013) observamos a centralidade do apoio matricial no trabalho dos NASF. Inseridos nesta proposta e também se constituindo como princípios/diretrizes do NASF estão os conceitos de interdisciplinaridade e educação permanente. Isso posto, parece ser importante nos debruçarmos sobre esses conceitos que alicerçam o trabalho dos NASF no sentido de compreender de forma mais aprofundada seus fundamentos, buscando evidenciar os avanços e limites conceituais no trabalho em saúde.

As análises desses conceitos foram realizadas tomando como referência a perspectiva de educação politécnica, em especial pelas contribuições da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/FIOCRUZ. A partir dessa referência, entendemos os trabalhadores da saúde como sujeitos do processo histórico e como classe trabalhadora em geral, os quais necessitam ser capazes de construir um projeto societário universal e emancipador que concretize e amplie de fato os princípios que orientam o SUS (GUIMARAES; BRASIL; MORISINI, 2010).

Nessa trilha, compreendemos que o trabalhador educa-se no conflito e na contradição, considerando o trabalho como princípio educativo e a formação humana como inserida na luta entre capital e trabalho. Consideramos necessário que a classe trabalhadora aproprie-se dos saberes elaborados historicamente pela humanidade como parte da luta contra a divisão social do trabalho e da dominação. Compreendemos que a educação dos trabalhadores não deve ser reduzida ao domínio do processo de trabalho e, sim, que esse seja desenvolvido considerando as características intrínsecas do trabalho humano e sua unidade indissolúvel constituída pelos aspectos manuais e intelectuais (GUIMARAES; BRASIL; MORISINI, 2010).

Nossas análises sobre o trabalho em saúde também consideraram as mudanças no mundo do trabalho, especialmente a partir da globalização da economia, do neoliberalismo e do processo de reestruturação produtiva iniciado na década de 1970. Decorrente da ofensiva do capital à crise de acumulação, o processo de reestruturação produtiva encontra-se na atualidade sob a égide da acumulação flexível e do toyotismo. Nesse cenário encontra-se uma aparente contradição: a simplificação das tarefas ocorre na medida em que se exige cada vez mais conhecimento do trabalhador, o qual o adquire por meio de processos permanentes de educação continuada. Os procedimentos flexíveis requerem o

desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais como: análise, síntese, rapidez nas respostas, criatividade, capacidade de trabalhar em grupo etc (KUENZER, 2002).

De acordo com Batista (2011, p. 15), a partir dos princípios do toyotismo – baseados no *just in time*, *kanban*, *kaizen*, controle de qualidade total etc – foi possível capturar a subjetividade do trabalhador, em um processo de flexibilização das relações de trabalho, constituindo-se um trabalhador de novo tipo (flexível), o qual fosse capaz de se adaptar às situações mutantes. Nesse contexto ocorreram mudanças expressivas na relação trabalho-educação produzindo “uma nova ideologia da educação profissional” firmada na década de 1980 “a partir do deslocamento do conceito de qualificação para o de competências” (BATISTA, 2011, p. 15). O foco estaria nas competências individuais do trabalhador e na formação para o trabalho ao invés do atendimento das necessidades do posto de trabalho.

De acordo com Pires (2008), as concepções de saúde-doença, a formação, a (re)produção de conhecimentos, as formas de organização e a divisão do trabalho no campo da saúde modificaram-se ao longo da história. O trabalho em saúde característico das sociedades “primitivas” passa por mudanças profundas na Idade Média e na emergência do modo de produção capitalista, especialmente na Europa, transformando o modo como a sociedade ocidental concebe, organiza e trata os problemas de saúde-doença.

O surgimento do hospital como espaço terapêutico e de formação, especialmente de médicos, é uma transformação contemporânea que promoveu a concentração das atividades assistenciais e do trabalho coletivo. Historicamente, a prática da saúde era prestada por religiosos como físicos (médicos clínicos), filósofos, intelectuais, arquitetos, enfermeiros ou por aqueles considerados práticos como parteiras e os leigos profissionalizados nas corporações de artífices como os dentistas, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros, os algebristas e os boticários (farmacêuticos). Esses profissionais atendiam, prioritariamente, nos domicílios dos pacientes, em uma espécie de consultório ou nas corporações de artífices. Os físicos eram formados nos mosteiros e detinham o conhecimento de base religiosa e metafísica, desenvolvendo um trabalho essencialmente de cunho intelectual e socialmente mais valorizado. A medicina determinava as regras para

profissionalização e exercício de todos os ofícios relacionados ao trabalho em saúde (PIRES, 2008).

Houve um significativo avanço do conhecimento na medicina moderna, especialmente em anatomia, fisiopatologia, microbiologia e imunologia. Os equipamentos de diagnóstico clínico e estudo das doenças foram amplamente utilizados e difundidos a partir da metade do século XIX. Neste contexto, os médicos foram considerados os detentores verdadeiros do saber e as outras práticas não institucionalizadas vistas como charlatanismo e bruxaria. O modo de produzir a vida calcado no capitalismo invade os serviços de saúde onde o trabalho coletivo se desenvolve de forma parcelada, mas com relativa autonomia dos profissionais de saúde sob gerenciamento e controle do médico (PIRES, 2008).

Alguns autores como Rosen (1979), Foucault (1979), Nunes (2009), já citados nesta investigação, estudaram de forma detalhada o surgimento da medicina social na Europa em fins do século XVIII e XIX e as especificidades que caracterizaram as maneiras de organizar o trabalho e controlar as doenças segundo as necessidades sociais e políticas em curso. No Brasil, essas influências também foram sentidas no processo histórico de constituição da política de saúde brasileira. Observamos que os elementos problematizados se aprofundaram com a ampliação da complexidade, fragmentação e especialização do trabalho em saúde. Nesse contexto, o modelo biomédico e hospitalocêntrico se tornam hegemônicos no campo da saúde, especialmente fortalecidos pela política previdenciária vigente.

Para Peduzzi (2007) o movimento de reforma sanitária brasileiro colocou em pauta a crítica ao modelo clássico de administração e gestão no setor saúde, a centralização das decisões e do poder, a rígida e excessiva divisão do trabalho que se caracteriza pela fragmentação das tarefas, da assistência e do cuidado em saúde. Como proposta alternativa, o trabalho em equipe ganha relevância nos debates em torno das mudanças no modelo assistencial, nas políticas de recursos humanos em saúde, nas discussões sobre a integralidade da saúde intensificadas na década de 1990 e da inclusão do trabalho em equipe nas diretrizes do então programa de Saúde da Família.

A concepção de trabalho em equipe originou-se a partir três aspectos relacionados: i) da noção de estratégia de “integração”, especialmente advinda do

movimento de medicina preventiva, o qual difundiu pela primeira vez a ideia de trabalho em equipe liderado pelo médico; ii) das concepções de saúde-doença, anteriormente restritas à cura das doenças e ao conhecimento de caráter biológico, as quais passam a abarcar a perspectiva de atenção integral ao paciente, envolvendo os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação e iii) das mudanças no processo de trabalho em saúde, ampliando o objeto de trabalho, a discussão das suas finalidades e a incorporação de instrumentos e tecnologias (PEDUZZI, 2007).

Ramos (2010) realizou uma importante pesquisa sobre a educação profissional em saúde no Brasil, na qual a pesquisadora analisou as principais correntes pedagógicas em torno das políticas do setor da década de 1980 até 2000. Segundo a autora, esse debate desenvolveu-se tendo como referência o princípio da integração ensino-serviço a partir da crítica ao currículo disciplinar, ao tecnicismo e ao conteudismo educacionais. A aproximação com os serviços esteve presente desde a proposição do projeto de formação dos trabalhadores técnicos em saúde, denominado de Larga Escala, na década de 1980. Essa proposição foi reafirmada na década seguinte com incorporação da pedagogia das competências, em especial, no Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) e ampliado na política de Educação Permanente nos anos 2000 com acréscimo dos conceitos de gestão e controle social aos já anunciados ensino-serviço (RAMOS, 2010).

Parece-nos importante destacar que a multiplicidade de referenciais que compuseram a gênese das políticas de formação para os trabalhadores da saúde permanecem, em linhas gerais, até dos dias atuais sustentando o debate no setor. Ramos (2010) analisou que essas referências se encontravam ancoradas no pensamento de Paulo Freire, na proposta de David Ausubel sobre a aprendizagem significativa e nos princípios do pragmatismo de John Dewey.

Diante dessa aproximação inicial com a discussão em torno do trabalho em saúde e da formação, buscamos, na continuidade do texto, apreender, na especificidade da política de Educação Permanente, as rupturas e continuidades com essas concepções dialogando com as valiosas contribuições de Ramos (2010) e Vieira et al. (2006). Compreendemos que a explicitação desses elementos pode nos auxiliar no entendimento da relação orgânica da política de educação

permanente com a proposta de apoio matricial e interdisciplinaridade, elementos que nos parecem centrais no trabalho dos NASF.

O debate sobre a reorientação do pessoal da saúde ganhou destaque a partir de 1984 pela OPAS inserida em uma perspectiva mais ampla de reestruturação dos sistema de saúde sob a orientação da descentralização e organização dos sistemas locais de saúde (SILOS). As mudanças estavam atreladas ao advento do neoliberalismo e da propalada ineficiência do Estado, as quais se mostravam oportunas diante da história do autoritarismo da América Latina. Esse debate contrapunha a perspectiva de “educação continuada” criticada, entre outros elementos, pela sua lógica parcelada e verticalizada, e substituída pelo o nome de “educação permanente” (VIEIRA et al., 2006).

No Brasil a temática ganhou visibilidade especialmente a partir de 2003 quando foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no início do mandato do presidente Luis Inácio Lula da Silva. O momento político favorável possibilitou construir uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde na aproximação dos interesses dos Ministérios da Educação e Saúde. Para Vieira et al. (2006), a educação permanente deixa de se restringir à formação profissional sendo vista como estratégia para mudança no sistema de saúde. Segundo os autores citados, nessa proposta o processo de trabalho se constitui como centro do processo educativo.

Nas Diretrizes do NASF, a educação permanente constitui-se como um princípio ou diretriz do trabalho e é assim definida:

As necessidades do serviço e das equipes que nele atuam exigem trabalhar com a aprendizagem significativa, envolvendo fatores cognitivos, relacionais e de atitudes, visando qualificar e (re)organizar os processos de trabalho. O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Assim, a aprendizagem deverá ocorrer em articulação com o processo de (re)organização do sistema de saúde. O processo de trabalho envolve múltiplas dimensões organizacionais, técnicas, sociais e humanas. Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente (BRASIL, 2009, p.19).

Na concepção de educação permanente anunciada nas Diretrizes do NASF identificamos a valorização da aprendizagem significativa atrelada à análise coletiva do processo de trabalho e às necessidades do serviço. Uma proposta de aprendizagem que ocorre articulada às transformações das práticas profissionais e da reestruturação do sistema de saúde. Localizamos também a perspectiva de ampliar o conhecimento para além do “saber técnico” envolvendo aspectos de produção da subjetividade e de conhecimentos sobre o SUS.

A partir da análise da citação acima, é possível identificar aproximações com as concepções e referenciais analisados por Ramos (2010) nas políticas de formação de trabalhadores da saúde da década de 1980. Dentre outros elementos, essas políticas tinham como objetivo a qualificação técnica de trabalhadores, em especial dos leigos, já inseridos no serviço de saúde. Em linhas gerais, se orientaram pela crítica ao modelo de treinamento dos trabalhadores baseado no saber técnico e na execução de tarefas, assim como do ensino desvinculado da realidade dos serviços caracterizando-se como um forte princípio dessas políticas.

Para Ramos (2010) e Vieira et al. (2006), a concepção de educação permanente disseminada pelo Ministério da Saúde – reafirmada nas Diretrizes do NASF –, fundamenta-se na concepção de aprendizagem significativa. Tal concepção propõe uma reflexão crítica das necessidades reais dos profissionais e dos serviços a partir da problematização do processo de trabalho, constituindo-se como uma “aprendizagem no trabalho” e tomando como referência às necessidades em saúde da população.

A aprendizagem significativa na perspectiva da educação permanente reforça a necessidade do universo de experiências nos serviços de saúde estar imbuído no processo de produção de conhecimento dos profissionais da área, integrando gestores, formadores, usuários e estudantes, qualificando-os para atender as reais necessidades da área (VIEIRA et al., 2006, p. 37).

Após um levantamento bibliográfico sobre a aprendizagem significativa no âmbito das produções sobre educação permanente, Ramos (2010) avaliou que a maioria dos trabalhos apresenta uma concepção alicerçada nos fundamentos ético-políticos de Paulo Freire. Uma concepção também permeada por ideias vinculadas

pelo pragmatismo deweyano<sup>25</sup> e em menor proporção por uma concepção cognitivista baseada nas proposições de David Ausubel.

Importante notar que esses elementos já foram identificados na gênese das políticas de formação de trabalhadores da saúde e que continuam, com algumas atualizações, sendo referências ao debate após aproximadamente trinta anos. Parece-nos que a concepção mais difundida de aprendizagem significativa vem alicerçando a concepção da educação permanente, conforme podemos identificar em um trecho do verbete “educação permanente em saúde” que consta no Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

Como prática de ensino-aprendizagem significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. A ‘educação permanente em saúde’ se apóia no conceito de ‘ensino problematizador’ (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade de educador em relação ao educando) e de ‘aprendizagem significativa’ (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais) (CECCIM; FERLA, 2008, p. 162).

A concepção de Paulo Freire apropriada pela política de educação permanente centra-se na “pedagogia da pergunta”, na relação dialógica e na problematização. Sendo esse último conceito presente na trajetória histórica das políticas do setor sob influência da educação popular em saúde (RAMOS, 2010). Corroboramos com as análises da autora quando avalia que os fundamentos ético-políticos de Paulo Freire possuem maior aproximação com a política de educação permanente do que das concepções de John Dewey mais vinculadas ao ideário liberal e com a manutenção da ordem burguesa.

Grosso modo, a teoria pragmática compreende que a formação decorre da experiência ou do aprendizado prático e o processo ensino-aprendizagem ocorre pela ação/prática orientada para reflexão e resolução de problemas. A reflexão cotidiana passa a ter status de teoria, no que poderíamos denominar de

---

<sup>25</sup> Detentor de um legado contraditório, John Dewey (1859-1952) é reconhecido como um dos principais filósofos do pragmatismo estadunidense do século XX e possui uma vasta publicação com diferentes interpretações, mas extremamente importante para compreensão da educação que se encontra enraizada no avanço do ideário democrático (TEITELBAUM; APPLE, 2001).

instrumentalização da teoria e da educação (“aprender fazendo”), enaltecendo o primado da prática em detrimento da teoria (RODRIGUES, 2008).

Vieira et al. (2006) analisaram e identificaram as referências básicas da política de educação permanente como sendo “o método da roda” proposto por Gastão Wagner Campos e a “micropolítica do trabalho vivo em ato” e o conceito de “tecnologias em saúde” elaborados por Emerson Merhy. De forma sintética buscamos trazer alguns elementos que constituem as elaborações dos dois autores citados e algumas de suas influências na política de educação permanente.

Dentre sua ampla contribuição, Campos<sup>26</sup> (2000) desenvolveu o método da roda a partir de um estudo sobre o trabalho em equipe baseado na existência de relações entre a atividade produtiva e a constituição de sujeitos e de instituições, o que o autor denomina de co-produção e da função Paidéia. Segundo o autor, seu estudo se sintetiza no “desafio de construir um método que, simultaneamente, analisasse e lidasse com a produção de coisas e de pessoas” (CAMPOS, 2000a, p. 14). O autor também partiu da crítica ao taylorismo como fundador da racionalidade gerencial hegemônica do século XX buscando possibilidades de sua superação reinventando um método de democratização da vida em sociedade.

De acordo com Campos (2000a), a produção de espaços coletivos influía na reflexão crítica, na produção de subjetividade e na constituição de sujeitos a partir de três funções: administração e planejamento dos processos de trabalho com produção de valores de uso (clássica); co-gestão como possibilidade de alterar relações de poder e democratizar as instituições (política); e ações de caráter pedagógico e terapêutico, segundo os quais os processos de gestão poderiam interferir na constituição de sujeitos.

Para Vieira et al. (2006) o método da roda e a aprendizagem significativa constituem a unidade que estrutura a política de educação permanente. Por um lado direcionando o conhecimento e a ação dos trabalhadores a partir das demandas dos usuários, denominação conhecida como usuário-centrado. E por outro influenciando em especial na constituição dos pólos de educação permanente, denominados de

---

<sup>26</sup> Gastão Wagner Campos atualmente é professor titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O médico sanitário foi secretário de saúde da Prefeitura de Campinas e secretário executivo do Ministério da Saúde.

“colegiados de gestão” ou “rodas de gestão”, organizados no sentido de criar espaços coletivos de diálogo e negociação entre os vários atores (gestores, trabalhadores, usuários, movimentos sociais etc); de identificar as necessidades e de construir estratégias de formação; e de mudanças nas práticas de saúde.

Corroboramos com as análises de Vieira et al. (2006) quando questionam que na perspectiva do método da roda pressupõem-se que os atores sociais envolvidos nos pólos estejam em condições iguais de participação e “fala”. Além disso, interrogam se a tarefa coletiva de co-gestão pode romper por si só com o modelo hegemônico de gestão. Distante dessa condição ideal, que parece apostar na linguagem como meio de transformação social, os sujeitos se posicionam nesses espaços coletivos a partir de projetos societários em disputa e reproduzem as desigualdades sociais que os constituem, as quais determinam suas consciências e concepções sobre o SUS.

Outro fundamento central na política de educação permanente guarda estreita aproximações com as elaborações de Merhy, em especial quando este propõe mudanças na prática profissional do trabalhador. O autor questiona a formação profissional sugerindo que as possibilidades de mudança estão postas no cotidiano de trabalho, no nível das tecnologias leves, ou seja, no encontro do trabalhador com o usuário.

De acordo com Peduzzi e Schraiber (2008), Merhy desenvolve a análise da “micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde” a partir das contribuições de Gonçalves<sup>27</sup> e autores da escola de análise institucional, tais como Castoriades, Guatarri e Delleuze. Merhy desenvolveu o arcabouço teórico sobre a “micropolítica do trabalho vivo” em várias produções a partir da década de 90 do século XX. O autor compreende que as relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se nos espaços de gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde que se constituem necessariamente pelo “trabalho vivo em ato”.

---

<sup>27</sup> A gênese do conceito de “processo de trabalho em saúde” foi formulada por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves no final da década de 70, a partir da análise marxista de trabalho, especificamente, do processo de trabalho médico (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008). Contudo, é importante notar uma certa inflexão epistemológica quando a partir da década de 90 Gonçalves se aproxima, dentre outros elementos, da teoria do agir comunicativo de Habermas sob influência do diálogo travado com seus orientandos Edmundo Gallo, Francisco Javier Uribe Rivera e José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (PEDUZZI, 2007). Esse processo parece ter influenciado também as elaborações de Merhy.

A partir do conceito marxista de trabalho, o autor delinea como “trabalho vivo em ato” o trabalho feito em ato e de “trabalho morto” aquele realizado anteriormente por outro trabalhador (que aparece no processo de trabalho através de seu produto). No trabalho em saúde a produção do cuidado se constitui, predominantemente, por meio do “trabalho vivo em ato” (MERHY; FRANCO, 2008).

No processo de trabalho interage o trabalho vivo com instrumentos, normas e máquinas, os quais são mediados por diversos tipos de tecnologias. O uso de determinadas tecnologias pode gerar processos mais criativos, centrados nas relações (tecnologias leves) ou processos vinculados à lógica dos instrumentos duros, como por exemplo, as máquinas (tecnologias duras) (MERHY; FRANCO, 2008).

Há três tipos de tecnologia que compõem a relação com o trabalho: i) *tecnologias duras*, onde se encontram os instrumentos; ii) *tecnologias leve-duras*, nas quais se destacam o saber técnico estruturado; e iii) *tecnologias leves*, as quais se constituem das relações entre os sujeitos que só tem materialidade em ato. Esses tipos de tecnologia podem ser arranjados de diferentes formas de acordo como o modo de produzir o cuidado pelo trabalhador, assim pode haver “predominância da lógica instrumental”; ou o processo de trabalho pode estar centrado nas tecnologias leves e leves-duras, aonde se constituem “processos relacionais (intercessores)” (MERHY; FRANCO, 2008, p. 431).

Em seu trabalho, Merhy (1997), realiza suas reflexões a partir do conceito de “intercessores”, embasado nas idéias de Deleuze e Guatarri (1992; 1974). Merhy (1997) argumenta que os processos de trabalho como da saúde se apresentam como uma “intersecção partilhada”, pois a produção e o consumo da “assistência” se realizam em ato com o usuário. Os produtos da intersecção são considerados pelo autor como “bens relações” fundamentais em saúde. Comparativamente, difere de casos mais “típicos” de processos de trabalho, que ele denomina de “intersecção objetual”, cujo momento intercessor se dá com objeto de trabalho (o exemplo utilizado pelo autor é do marceneiro e a madeira), neste caso o “usuário” é externo ao processo.

Para Merhy (1997, p. 141) qualquer modelo de atenção deve ser centrado no usuário, diminuindo a sua dependência e produzindo sua “autonomia” nos seus

“modos de andar as suas vidas”. Ele argumenta que nas “sociedades de direito à saúde” deve-se tomar como seu objeto central “o mundo das necessidades em saúde” dos usuários (individuais e coletivos), cuja finalidade é “a produção social da vida” e sua defesa (MERHY; FRANCO, 2008, p. 141).

De acordo com as análises de Vieira et al. (2006, p. 46), Merhy aponta uma questão central para a formação dos trabalhadores, pois “desloca a base da formação, do núcleo específico profissional para o núcleo cuidador” direcionando o cotidiano do trabalho como local privilegiado para a formação. Ele sinaliza premissas centrais que foram apropriadas pela Política de educação permanente, a saber: i) a mudança no modo de produzir a saúde está posta no interior do processo de trabalho, isto é, no trabalho vivo em ato; ii) a possibilidade de mudança está no campo das tecnologias leves, ou seja, no espaço relacional e de encontro trabalhador-usuário; iii) essa mudança só é possível se o trabalhador tiver como referência as necessidades do usuário (modelo de atenção usuário-centrado).

Em linhas gerais, Merhy e Campos valorizam, entre outros elementos, o local de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação. Vieira et al. (2006) analisaram a fragilidade das proposições quando se subestima a determinação das relações sociais de produção no processo de trabalho e se enfatiza o trabalho vivo em ato como central na construção de alternativas contra-hegemônicas por meio de estratégias localizadas. Embora se reconheça possíveis avanços dessas propostas para o campo da Saúde Coletiva, os autores abaixo argumentam alguns de seus limites.

Esta fragilidade advém da visão unilateral que os autores em questão acabam por assumir ao não tratar a relação entre infraestrutura/superestrutura como uma totalidade, o que lhes permite afirmar que a mudança do modelo tecno-assistencial e a efetivação da Reforma Sanitária passam, essencialmente, pela desalienação dos trabalhadores, pela constituição de uma nova subjetividade, de uma nova intencionalidade no trabalhador [...] Embora Campos e Merhy reconheçam a dimensão macroestrutural e sua relação com a precariedade das condições de trabalho e atendimento da saúde, ao se referirem a esta dimensão situam-na como algo “para além” ou “ao lado” da desumanização dos serviços, da falta de compromisso dos trabalhadores, da baixa capacidade de resolutividade das ações, etc. Desta forma, não percebem tal dimensão como constituinte da subjetividade do trabalhador e como limitadora da capacidade de atendimento e atenção, por mais “humana” que seja sua intenção, e por mais autonomia e autogoverno que possua (VIEIRA, et al., 2006, p. 56).

Corroborando com essas análises, Ramos (2010) recoloca esse debate evidenciando que a divisão social e técnica do trabalho é, também, a divisão dos sujeitos. Seguimos o questionamento da autora: não seriam, portanto, as origens de classe e as divisões intelectuais os fundamentos dessa divisão?

A ênfase nas microrrelações e nas subjetividades dos trabalhadores, próprias deste ideário e da política de educação permanente em saúde, por sua vez, obscurece as determinações mais essenciais do fenômeno que constitui a crise dos serviços de saúde, quais sejam, aquelas de ordem econômica e política. Ademais, coloca-se sobre os trabalhadores a responsabilidade brutal pelas transformações das práticas de trabalho e, por consequência, da própria reestruturação do sistema. Requer-se do trabalhador práticas de integralidade numa realidade em que ele próprio não é “íntegro” (RAMOS, 2010, p. 91).

Desde 1980 a centralidade do processo de trabalho esteve presente, de forma implícita, nas políticas de formação dos trabalhadores de saúde. Os fundamentos da micropolítica ficaram mais evidentes nos anos 2000 quando no país essa perspectiva repercute com mais força nas Ciências Humanas e Sociais. Nesse sentido, é possível identificar continuidades e rupturas na trajetória da política de formação de trabalhadores em saúde no Brasil, a qual desde a década de 1980, sob a influência da OPAS e da perspectiva da educação permanente, criticava o ensino fragmentado, distante do serviço, sob o poder de algumas profissões e baseado em metodologias tradicionais. Nesse contexto, houve a proposição de uma perspectiva, que não se tornou hegemônica, impulsionada pelo movimento de reforma sanitária a partir da proposta do Politécnico na Saúde/FIOCRUZ. Na década de 1990, as políticas do setor se mantiveram sob os referenciais das microrrelações com a incorporação da pedagogia das competências. E, nos anos 2000, se alicerçou com mais evidência os fundamentos de natureza micropolítica na política de educação permanente, no entanto com rupturas, que culminaram na ampliação do princípio de integração ensino-serviço incorporando novos atores sociais ao debate (RAMOS, 2010). Contudo, se mantém nos dias atuais os referenciais fundamentais que alicerçaram a trajetória da política de formação de trabalhadores da saúde no Brasil, como podemos identificar nos pressupostos elencados no trecho abaixo:

[...] a centralidade do processo de trabalho e sua abordagem desvinculada das relações sociais de produção; ênfase nos sujeitos individuais e nas relações intersubjetivas, em detrimento das questões de classe; valorização

mais das características subjetivas (competências) do que dos conhecimentos formais dos trabalhadores; destaque ao potencial das metodologias mais do que na pertinência dos conteúdos; e subordinação da teoria à prática em vez da unidade teoria-prática. O referencial epistemológico e eticopolítico dessas políticas é, portanto, o mesmo, aproximando-se do neo(pragmatismo) e da teoria dos micropoderes (RAMOS, 2010, p. 70).

Cabe, também, uma importante análise sobre o peso que a política de gestão adquire na perspectiva atual de educação permanente, a qual acrescentou ao princípio “integração ensino-serviço” aquilo que vem sendo denominado de “quadrilátero da formação” (ensino-serviço-gestão-controle social) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Apesar de não considerar exclusivamente um de seus vértices, “a formação torna-se, simultaneamente, um propósito e uma consequência da gestão”, aproximando-se mais do modelo de gestão típico de organizações qualificantes com forte inspiração no modelo de competências do que como uma política de formação (RAMOS, 2010, p. 83).

Ao desenvolver a hipótese acima, Ramos (2010) menciona as contribuições de Zarifian (1995), um importante estudioso da lógica das competências na produção, modelo esse próprio da reestruturação produtiva contemporânea. Para Zarifian (1995), a organização qualificante é uma organização que permite aprender por meio da aquisição de competências no seio da própria instituição. Estimula-se o trabalho coletivo, com equipes dotadas de autonomia, responsáveis pelo alcance dos seus objetivos, agindo de modo auto-regulado e auto-coordenado. O paradigma da “coordenação horizontal” assume papel relevante por meio da interação e do diálogo entre os serviços antes distantes. Há uma racionalização dos processos transversais com aperfeiçoamento e redução das interfaces entre os componentes do processo. A subcontratação é substituída pelas relações de parceria e confiança. Novos perfis são forjados que valorizem a capacidade de ouvir, de animação e diálogo. Dos especialistas se espera que compreendam o problema dos outros, dêem assistência e os formem, em uma relação com o cliente-fornecedor no sentido de conhecer suas expectativas e as possibilidades de aceitação do trabalho (ZARIFIAN, 1995).

A organização qualificante, ao mesmo tempo em que abre a possibilidade para qualificações mais elevadas, pode excluir uma boa parte de indivíduos. A estrutura organizativa envolve os assalariados na perspectiva de romper com o

estabelecimento de metas, própria de uma organização estável e resistente às mudanças de contexto, colocando-os a analisar as situações dinâmicas, promovendo a aquisição de competências sobre a organização (ZARIFIAN, 1995).

No modelo de organização qualificante a noção de imprevisibilidade é central no processo de aprendizagem, pois os trabalhadores deveriam estar preparados para a adaptabilidade a situações mutantes. A comunicação também tem relevância no modelo, pois se exige da equipe interações e estabelecimentos de acordos para lidar com um contexto instável (RAMOS, 2010). Para a autora, os serviços de saúde seriam exemplares do modelo e a educação permanente seu referencial educativo, constituindo-se como referência também para a gestão e o controle social.

Vieira et al. (2006) também admitem uma sintonia do modelo de organização qualificante de Zarifian (1995) com as apropriações de Merhy (1997) na política de educação permanente, especialmente pela ênfase no maior grau de autonomia dos trabalhadores frente ao processo de trabalho. Corroboramos com os autores quando ponderam que como Merhy (1997) desenvolveu suas elaborações a partir da micropolítica, as análises se concentraram no local de trabalho, o que acaba por responsabilizar os trabalhadores pelo grau de autonomia que poderiam conquistar no processo de trabalho. A ênfase no processo de trabalho desvinculado das relações de produção não considera as precárias condições de trabalho da maioria dos trabalhadores, as quais colocam limites para efetivar as mudanças requeridas e desenvolver a autonomia.

As elaborações de Deluiz (2001 apud Vieira et al. 2006) sobre os principais níveis de competências que deveriam ser desenvolvidos pelos profissionais de saúde de nível técnico podem ser ilustrativas das aproximações do modelo de competência com a política de educação permanente. Para Vieira et al. (2006) as habilidades requeridas pela citada política envolvem competências mais individuais como as competências pessoais, de serviço e de cuidado, assim como aquelas em que se exigem habilidades com ênfase na relação entre os trabalhadores, quais sejam: competências comunicativas e sócio-políticas. Considerando a influência dessas elaborações também no trabalho do NASF exploramos a definição dos níveis de competência nos trechos abaixo:

Capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do trabalhador [competências pessoais];  
Capacidade de compreender e se indignar sobre os impactos que seus atos profissionais terão direta ou indiretamente sobre os serviços e usuários, ou ainda de que forma os destinatários (clientes ou usuários) serão beneficiados [competências de serviço];  
Capacidade de interagir com o paciente levando em consideração suas necessidades e escolhas, valorizando a autonomia que este tem para assumir sua própria saúde, a partir da concepção de saúde como qualidade de vida [competências de cuidado];  
Capacidade de expressão e comunicação com seu grupo, superiores hierárquicos ou subordinados, de cooperação, de trabalho em equipe, desenvolvendo a prática do diálogo, o exercício da negociação e a comunicação interpessoal [competências comunicativas]; e  
Capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social, e de desenvolver o exercício da cidadania [competências sociopolíticas] (DELUIZ, 2001 apud VIEIRA et al., 2006, p. 78-82).

A proposta de apoio matricial parece se aproximar das análises sobre a política de educação permanente, em especial, se considerarmos sua dimensão de “suporte técnico-pedagógico” às equipes de saúde. Nas Diretrizes do NASF há indicações “[...] que o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente” (BRASIL, 2009, p. 12). Ademais, também há alguns indícios de uma valorização da gestão, especialmente porque, o apoio matricial é considerado uma ferramenta de “gestão do cuidado” (CAMPOS; DOMITTI, 2007) ou uma “tecnologia de gestão” (BRASIL, 2009).

Assim como nas referências da política de educação permanente, o autor fundamental da construção do apoio matricial é Gastão Wagner Campos, o qual desde 1989<sup>28</sup> vem desenvolvendo uma proposta na perspectiva de “reforma das organizações e do trabalho em saúde” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399).

Identificamos que os fundamentos que alicerçam a política de educação permanente, os quais foram anteriormente analisados, estão presentes na proposta de apoio matricial, especialmente, as elaborações sobre o método da roda, cujas construções foram propostas pelo mesmo autor. Ao que tudo indica o apoio matricial

---

<sup>28</sup> Em 1999, o autor revê e amplia o conceito de equipe de referência e de organização matricial do trabalho a partir da incorporação de críticas de trabalhadores que implantaram essa proposta desde 1990 em diversos serviços de saúde de alguns municípios de São Paulo e Minas Gerais (CAMPOS, 1999).

busca efetivar na realidade da Atenção Básica uma ferramenta de gestão do trabalho assumindo com um dos seus referenciais a educação permanente.

Nas Diretrizes do NASF, o apoio matricial é considerado central no trabalho e se complementa com as “equipes de referência”, neste caso, representadas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2009). Nesse sentido, “equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações [...]” (BRASIL, 2009, p. 11).

O aludido documento refere-se à importância de “distribuição de poder”, a definição da responsabilização sobre uma clientela dentro de um território de abrangência e a superação das “linhas de produção tayloristas” presentes nos serviços de saúde. Nessas linhas “o poder gerencial estava atrelado ao saber disciplinar fragmentado” e na valorização das “chefias por corporações” em detrimento de coordenações por equipe (BRASIL, 2009, p. 11).

O termo “matricial” busca operar uma mudança na relação entre o especialista e o profissional de referência, estimulando processos horizontais e superando hierarquizações da administração clássica presentes nos sistemas de saúde. O termo “apoio” refere-se à relação entre os profissionais com saberes, valores e papéis diferentes sugerindo um processo “dialógico” e compartilhado (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Podemos identificar, assim, aproximações estreitas com os princípios fundamentais do método da roda que se concentram na crítica a racionalidade hegemônica do século XX, calcada no taylorismo, a qual, segundo Campos (2000a), centraliza o poder em algumas profissões e fragmenta o trabalho. Nesse âmbito, o autor apresenta como saída a integração dialógica das profissões e o deslocamento do poder para a equipe, como podemos notar no parágrafo abaixo.

O apoio matricial e a equipe de referência são compreendidos como “arranjos organizacionais” ou uma metodologia da gestão do trabalho em saúde com objetivo de “ampliar as possibilidades de realizar clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Esse arranjo busca deslocar o poder das profissões e corporações para a gestão da equipe interdisciplinar, trazendo maior “eficiência e eficácia ao trabalho em saúde”, mas também permite construir a autonomia dos usuários frente ao seu processo de

adoecimento. Podem-se promover reformas ou transformações na organização do trabalho, as quais, em alguns casos, se traduzem em resistências e dificuldades (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400).

Observa-se na proposta de apoio matricial a perspectiva de ampliar a compreensão do processo saúde-doença a partir da proposta de “clínica ampliada”. Nas Diretrizes do NASF, isso significa “ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários” (BRASIL, 2009, p. 25). Nesse trecho é possível identificar a reafirmação da ideia de modelo de atenção usuário-centrado, especificamente, apoiado nas elaborações de Merhy (1997).

Nas Diretrizes do NASF, a clínica ampliada é caracterizada pelos seguintes elementos: i) *compreensão ampliada do processo saúde-doença*, buscando construir sínteses singulares na tensão dos limites de cada matriz disciplinar com a realidade do trabalho, o que promove a ampliação do objeto de trabalho e a necessidade de inclusão de novos instrumentos; ii) *construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas*, no sentido de reconhecer a complexidade da clínica e compartilhá-la com a equipe de saúde e outros serviços, assim como com os usuários, na tentativa de realizar uma abordagem em várias dimensões do problema; iii) *ampliação do objeto de trabalho*, buscando extrapolar as atividades fora do núcleo profissional, superando os procedimentos e ações parciais no processo de trabalho; iv) *transformação dos meios ou instrumentos de trabalho*, considerando a comunicação transversal e técnicas relacionais que permitam estimular a escuta, a crítica às condutas automatizadas, o enfrentamento de problemas sociais e subjetivos etc; v) *suporte para os profissionais de saúde* para que eles possam lidar com as dificuldades inerentes do trabalho em saúde, buscando romper com o ideal de “neutralidade” e não “envolvimento profissional” tradicionais na formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2009).

No trecho acima e, de forma geral, nas Diretrizes do NASF como um todo, encontramos aproximações com as elaborações de Deluiz (2001 apud Vieira 2006) quando a autora elencou as principais competências que deveriam ser desenvolvidas pelos profissionais técnicos de saúde, as quais foram citadas anteriormente. Observamos que se exigem dos profissionais dos NASF habilidades individuais, especialmente aquelas vinculadas às competências pessoais e de

cuidado, as quais requerem iniciativa, criatividade, abertura às mudanças, isto é, o envolvimento da subjetividade do trabalhador, considerando às necessidades e escolhas dos usuários. Há também uma valorização de habilidades de integração entre os trabalhadores com forte influência das competências comunicativas, as quais estimulam a cooperação, o trabalho em equipe, a prática do diálogo etc.

Na tentativa de contribuir com o debate sobre os saberes e práticas da Saúde Coletiva, Campos (2000b) delimita os conceitos de campo e de núcleo. Tais conceitos são instrumentais nas discussões sobre o trabalho interdisciplinar na saúde. Para o autor, núcleo se refere à demarcação da identidade de uma área de saber e de prática profissional, mantendo uma certa abertura e flexibilidade com o campo, o qual é compreendido como um espaço com limites indefinidos aonde as disciplinas buscariam apoio uma nas outras. “Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (CAMPOS, 2000b, p. 54).

Como vimos no decorrer do texto, a propositura do apoio matricial nos serviços de saúde tem como um dos seus pressupostos a “diminuição” da fragmentação do trabalho e da especialização, dentre outros elementos, por meio da interdisciplinaridade. Além de fundamentar a proposta de apoio matricial, nas Diretrizes do NASF, a interdisciplinaridade é também um dos princípios que orientam as ações do Núcleo. Segundo o aludido documento, esse conceito é definido no trecho abaixo.

É o trabalho em que diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores e crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço (BRASIL, 2009, p. 18).

Parece haver na explicitação do conceito de interdisciplinaridade presente nas Diretrizes do NASF uma ideia de complementaridade, interação e atitude. Não há

uma explicação, pois, nas Diretrizes do NASF, mais detalhada da perspectiva que orienta a concepção de interdisciplinaridade. Entretanto, encontramos no documento, além do pequeno trecho destacado anteriormente, a indicação de um livro de Ivani Catarina Fazenda<sup>29</sup> dentre as leituras recomendadas sobre o conceito de interdisciplinaridade. Ademais, a frase que se encontra entre aspas na citação acima também foi retirada de uma publicação da citada autora intitulada de Práticas Interdisciplinares na Escola.

Ivani Catarina Fazenda é professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP) desde 1979. Considerada uma das profissionais da educação que mais tem estudado o objeto interdisciplinaridade no Brasil sob influência da concepção alicerçada no Congresso de Nice (França) em 1969 e difundida pelos escritos de Hilton Japiassu (JANTSCH; BIANCHETTI, 2011).

Hilton Ferreira Japiassu é filósofo e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro desde 1978. Fez seu doutoramento na Université des Sciences Sociales de Grenoble (França) em 1975 cujo título da tese foi *L'Épistémologie de l'interdisciplinaire dans les sciences de l'homme*. A terceira parte desse estudo foi retomada e logo transformada em um dos seus livros “Interdisciplinaridade e patologia do saber”, o qual foi publicado em 1976 (JAPIASSU, 1976). Nessa obra, Japiassu utilizou os termos de “cancerização” e “patologia do saber”, amplamente difundidos no Brasil, os quais também eram usados por Georges Gusdorf (JANTSCH; BIANCHETTI, 2011).

De acordo com Japiassu (1976, p. 72), o termo “interdisciplinar” é mais adequado para o papel da epistemologia das ciências humanas. No trecho abaixo o autor conceitua a interdisciplinaridade e a diferencia dos termos multi e pluridisciplinaridade.

Importa ressaltar que o princípio da distinção é sempre o mesmo: a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. A distinção entre as duas primeiras formas de colaboração e a terceira está em que o caráter do multi- e do

---

<sup>29</sup> O livro recomendado nas Diretrizes dos NASF é denominado de *Didática e interdisciplinaridade* (FAZENDA,1998). É uma obra organizada por Ivani Catarina Fazenda na qual também se encontram textos de Isabel Alarcão, Antônio Joaquim Severino, Yver Lenoir, Vicenç Benedito Antolí, Julie Klein, Vani Moreira Kenski, Ana Gracinda Queluz, Selma Garrido Pimenta e Marcos Masetto.

pluridisciplinar de uma pesquisa não implica outra coisa senão o apelo aos especialistas de duas ou mais disciplinas: basta que justaponham os resultados de seus trabalhos, não havendo integração conceitual, metodológica, etc. [...] Ora, o espaço do interdisciplinar, quer dizer, seu verdadeiro horizonte epistemológico, não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. [...] O fundamento do espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares (JAPIASSU, 1976, p. 74-75).

Em 1970, foi organizado um Seminário sobre interdisciplinaridade e transdisciplinaridade na França, o qual agrupou especialistas de 21 países filiados à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Outros eventos e relatórios se seguiram com apoio da OCDE e UNESCO com objetivo de debater conceitualmente termos como pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (MANGINI; MIOTO, 2009).

Foi a partir desse contexto que foram se estabelecendo as bases conceituais sobre a interdisciplinaridade, as quais, apesar do esforço teórico, não foram consensuais. Japiassu e Fazenda difundiram essas elaborações no Brasil, as quais motivaram outras reflexões, modificações e adaptações (MANGINI; MIOTO, 2009).

Jantsch e Bianchetti (2011) destacam a grande contribuição de Japiassu e Fazenda ao debate em torno da interdisciplinaridade. Os autores salientam, porém, que suas compreensões alicerçam-se em uma perspectiva a-histórica e com base na filosofia do sujeito, assumindo muitas vezes um status de pan-interdisciplinaridade com ares de fé religiosa. Segundo os autores, a compreensão da interdisciplinaridade a partir da filosofia do sujeito orienta-se a partir de alguns pressupostos:

- ✓ A fragmentação do conhecimento ou a especialização é compreendida como um perigo, pois enseja a perda de domínio do conhecimento produzido pelo homem e da sua ação no mundo;
- ✓ Como consequência da assertiva anterior, há uma espécie de patologização ou cancerização da fragmentação do conhecimento ou especialização como um mal em si mesmo, podendo ser superada pelo ato de vontade de um sujeito;
- ✓ A interdisciplinaridade funda-se no trabalho em equipe, uma espécie de sujeito coletivo capaz de atuar em qualquer espaço, por vezes atribuindo a qualquer atividade humana um caráter interdisciplinar (pan-

interdisciplinaridade). O trabalho em equipe ou parceria aparece como redenção e como um pressuposto taylorista-fordista mascarado;

- ✓ A parceria garante a produção do conhecimento independente da forma histórica de produção da existência.

De forma geral, a perspectiva de resgate do caráter de totalidade<sup>30</sup> do conhecimento, de integração e dialogicidade das ciências recoloca a questão da interdisciplinaridade como uma possibilidade de resposta frente à crítica ao modelo positivista de ciência. Tal modelo impulsionou a fragmentação e o caráter de especialização do conhecimento (THIESEN, 2008). De acordo com Pinto (2011, p. 6), nesse contexto ganha relevância as “especialidades interdisciplinares” ou “equipes multidisciplinares”, as quais reúnem diferentes disciplinas que compartilham uma área comum. O autor ressalta que o avanço da microeletrônica e da informática intensificou a aplicação de resultados de uma área para outra, com destaque para a estatística e a probabilidade, as quais passam a servir de guia perante as incertezas.

A partir de aspectos controversos, a interdisciplinaridade reaparece questionando as noções determinísticas sobre a natureza, mas assumindo a existência de “isomorfismos” entre os processos naturais e sociais, sugerindo que por analogia seria possível estudar a partir das leis naturais os processos sócio-históricos (PINTO, 2011).

O debate em torno da interdisciplinaridade emerge de uma confluência do mundo acadêmico e da educação, mas também de interesses dos empresários. O contexto sócio-histórico que impulsionou essa discussão foi fruto das contradições inerentes aos processos sociais e produtivos, especialmente, das reivindicações do movimento estudantil no âmbito das universidades na década de 1960 e da crise do sistema capitalista na década de 1970. O debate crítico advindo desses movimentos foi ressignificado e apropriado no processo de reestruturação do capital. No

---

<sup>30</sup> Da Antiguidade clássica ao declínio da Idade Média o real era apreendido como totalidade, embora essa compreensão estivesse atrelada ao predomínio de uma visão de mundo como algo imutável e hierarquizado. Nesse contexto a ação humana se restringia a adaptação à realidade exterior, a qual estava fora do seu poder. Ademais, o conhecimento tinha uma tarefa contemplativa (PINTO, 2011).

congresso de Nice (França) em 1969 a interdisciplinaridade é redimensionada como resposta à crise do modo de produção capitalista e funcional ao seu processo de legitimação aparentemente consensual e livre de contradições (MANGINI; MIOTO, 2009).

Há uma concepção instrumental de interdisciplinaridade incorporada ao mundo do trabalho, o qual passa a exigir, a partir da década de 1970, um trabalhador flexível, maleável, adaptável e ajustável. Neste sentido, a interdisciplinaridade tornou-se, também, adequada às constantes necessidades e mudanças do modo de produção capitalista, em especial, com a superação do paradigma taylorista-fordista e predomínio do toyotismo (modelo japonês), exigindo um novo trabalhador frente a uma gama de tarefas cada vez mais complexas (MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH, 2008).

O processo denominado pelos autores de “formação interdisciplinadora dos trabalhadores” inclui, também, o trabalho em equipe, as trocas, sociabilidade, colaboração e comunicação em um processo de disposição do trabalhador para níveis de aprendizado constantes por meio de educação permanente ou balizado pelo princípio do “aprender a aprender”<sup>31</sup>, muitas vezes exercido no próprio espaço de trabalho, transformando empresas em “escolas” ou “organizações de aprendizagem” (MUELLER; BIANCHETTI; JANTSCH, 2008, p. 179).

A perspectiva instrumental de interdisciplinaridade parece estar em consonância com a hipótese levantada por Ramos (2010) de que os serviços de saúde vêm assumindo o modelo de gestão calcado na lógica das organizações qualificantes e no modelo de competências. Como adverte Kuenzer (2002) é necessário analisar se os processos de trabalho reestruturados, de fato, estão sendo tomados como totalidade ou apenas sendo compreendidos como ampliação de tarefa e polivalência, sem mudanças qualitativas desta capacidade e da superação do caráter parcial e fragmentário das práticas.

---

<sup>31</sup>Em 1993, a UNESCO cria a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, “com o objetivo de dar um balanço das tendências educacionais face à rápida marcha do processo de globalização” (DELORS et al., 1998). Segundo o documento produzido por esta comissão, conhecido como Relatório Delors, a educação deve ser organizada com base em quatro princípios-pilares do conhecimento, os quais são: Aprender a Conhecer, Aprender a Viver Juntos, Aprender a Fazer e Aprender a Ser.

Para Mueller, Bianchetti e Jantsch (2008), a interdisciplinaridade se constitui na atualidade como um conceito “elástico”, uma cura para todos os males, atingindo o status de panacéia, produzindo, assim, o esvaziamento do conceito. A interdisciplinaridade pode, no contexto atual, perder seu potencial histórico e epistemológico assumindo uma acepção voluntarista. Pode, complementarmente, imputar seu fracasso à divisão e fragmentação das ciências ou disciplinas entendidas como doenças ou à hierarquização e departamentalização da organização e funcionamento de instituições.

Os elementos que apontam a necessidade da interdisciplinaridade também colocam alguns aspectos que a definem como problema, como os limites do sujeito que busca construir o conhecimento, o qual se constitui como acumulativo e social e por isso relativo, incompleto e parcial. Assim como a complexidade da realidade social, em especial, a partir do modo de produção capitalista, já que são sob essas relações sociais que os homens também produzem sua consciência social, ideias e representações (FRIGOTTO, 2011).

[...] A cisão que se produz e desenvolve no plano das relações de produção do homem social, enquanto uma totalidade concreta, explicita-se necessariamente no plano da consciência, das representações e concepções da realidade. [...] Necessitamos, então, perceber que a superação mais profunda dos limites que encontramos na produção do conhecimento e nos processos pedagógicos de sua socialização somente se dará de forma mais efetiva na medida que forem sendo rompidas as relações sociais que fornecem a base material destes limites. Superação da divisão entre trabalho manual e intelectual e dos mais diversos processos e mecanismos de exclusão, que no horizonte histórico significa lutar pela superação da sociedade de classes (FRIGOTTO, 2011, p. 45-46).

Para o autor, portanto, a interdisciplinaridade coloca-se como um problema no plano histórico-cultural e epistemológico. A perspectiva dominante de interdisciplinaridade a partir de uma visão integracionista e neutra do conhecimento se coloca como um fetiche, uma forma de reunir as particularidades de campos científicos ou conhecimentos diversos em uma totalidade harmônica. Um dos limites para o trabalho interdisciplinar está na formação fragmentária, positivista e metafísica dos sujeitos e nas condições de trabalho que estão submetidos (FRIGOTTO, 2011).

Segundo Mueller, Bianchetti e Jantsch (2008), para além da vontade do sujeito, embora esta seja necessária, mas não suficiente, a interdisciplinaridade prescinde da realidade dos objetos investigados, isto é, ela é imposta. A perspectiva não está na dissolução das fronteiras, aceção com fortes características da chamada pós-modernidade, diluindo o *corpus* teórico-metodológico de cada ciência em um ecletismo (por vezes ressignificada em neologismos como a transdisciplinaridade), deslocando o debate do campo da história e da epistemologia para o campo religioso. Prevalece nesta concepção uma ênfase homogeneizadora, indiferenciada, na qual o aprofundamento é responsabilidade de todos e de ninguém.

Considerando esses limites, é possível construir uma perspectiva de interdisciplinaridade enquanto totalidade em permanente movimento, a qual só pode ser apreendida a partir da compreensão das relações sociais e produtivas concretas que a determinam (KUENZER, 2002). Para Jantsch e Bianchetti (2011, p. 28), não é necessário desconstruir a interdisciplinaridade “[...] mas de lhe emprestar uma configuração efetivamente científica, que, a nosso ver, seria possível por uma adequada utilização da concepção histórica da realidade”.

Nessa trilha, a interdisciplinaridade pressupõe uma tensão entre o generalista (ou o filósofo e o educador) com os especialistas, considerando-a o motor epistemológico para o avanço do conhecimento (JANTSCH; BIANCHETTI, 2011). Distante de extinguir sua própria especificidade ou da “negação supostamente superadora” das disciplinas, cada profissão deve trazer ao debate sua disciplina como um “ingrediente necessário de uma interdisciplina rica de determinações” e dispor-se a sintonizar-se com outros saberes, já que “a interdisciplina é etapa superior das disciplinas” (FOLLARI, 2011, p. 135).

De forma geral, observamos que nas Diretrizes do NASF há orientações ao trabalho em equipe e a interdisciplinaridade sob influência dos estudos de Ivani Catarina Fazenda. Embora a autora tenha contribuído com a ampliação da discussão no Brasil, alguns autores (JANTSCH; BIANCHETTI, 2011) têm apontado limites em suas concepções, pois se amparam em uma perspectiva a-histórica e baseada na filosofia do sujeito. O conceito de interdisciplinaridade surgiu de debates críticos, mas foi redimensionado de forma instrumental ao mundo do trabalho,

adequando-se à reestruturação do capital e a produção de um trabalhador flexível exigido pelo toyotismo. Contudo, é importante identificar avanços no debate, pois foi possível retomar a compreensão da totalidade do conhecimento, a importância da especialização e das especificidades disciplinares na produção do conhecimento, as quais exigem um entendimento amplo sendo inseridas e produzidas nas relações sociais e produtivas concretas.

Nesse subcapítulo buscamos compreender a relação entre os conceitos de educação permanente, apoio matricial e interdisciplinaridade presentes na proposição do trabalho dos NASF. De acordo com nossas análises, o apoio matricial se fundamenta nos pressupostos da educação permanente, a qual enfatiza as dimensões da formação e gestão, com especial relevância para o local de trabalho como espaço de aprendizagem e transformação. A trajetória histórica da política de educação permanente manteve, com algumas incorporações e rupturas, os referenciais epistemológicos e ético-políticos que se aproximam do neopragmatismo e da teoria dos micropoderes. A ênfase do apoio matricial na gestão guarda aproximações com a lógica das organizações qualificantes, a qual se apóia, entre outros elementos, na pedagogia das competências, na imprevisibilidade, na comunicação e na transformação de empresas em organizações de aprendizagem.

A interdisciplinaridade se apresenta na proposta de apoio matricial e de trabalho dos NASF como uma saída para a fragmentação e especialização do conhecimento, assim como para modificar as relações hierárquicas e de poder no trabalho em saúde. Embora se busque ampliar a compreensão sobre saúde-doença e o resgate da totalidade do conhecimento, há indicativos de limites se considerarmos a incorporação instrumental da interdisciplinaridade ao mundo do trabalho, a concepção a-histórica, redentora e voluntarista do trabalho em equipe. Notamos que, assim como a política de educação permanente, os conceitos de apoio matricial e interdisciplinaridade, considerados centrais no trabalho dos NASF, seguem os referenciais próximos aos estudos da micropolítica, os quais acabam por eleger o local de trabalho como espaço privilegiado de formação e transformação do sistema de saúde em uma perspectiva que não considera as relações sociais de produção; responsabilizam os trabalhadores pelas mudanças e desconsideram suas

precárias condições de trabalho; e enfatizam as dimensões da comunicação e das relações subjetivas (competências) dos profissionais.

## 4. EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Neste capítulo buscamos problematizar alguns pressupostos que vêm alicerçando historicamente a relação entre a Saúde Pública e a Educação Física, por meio da análise das publicações oficiais do Ministério da Saúde, com destaque para as reflexões presentes nas Diretrizes do NASF. Buscamos também no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) a identificação de algumas tendências na produção acadêmica sobre a temática.

Compreendemos que a relação entre Educação Física e Saúde Pública, tanto nos marcos legais como nas produções acadêmicas, expressam, em diferentes momentos históricos, os pressupostos teórico-metodológicos e políticos em disputa, no qual a sua aparência mais imediata parece estar representada pelos termos práticas corporais e/ou atividade física. Nesse sentido, objetivamos investigar de forma mais profunda os pressupostos que vem sustentando essa relação buscando trazer reflexões em torno do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública.

### 4.1 A EDUCAÇÃO FÍSICA NOS MARCOS LEGAIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Nesse item estão apresentados, de forma introdutória, alguns elementos que compõem a trajetória histórica da relação entre Educação Física e Saúde Pública. Como resultados, encontramos oito textos, disponíveis *online*, publicados no período de 2005 a 2012 (Quadro 1).

**Quadro 1** - Marcos legais que tratam da Educação Física disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde.

Núm.	Título da publicação	Instituição responsável pela publicação	Ano
1	A Vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: situação e desafios atuais	Organização Pan-americana da saúde	2005
2	Política Nacional de Promoção da Saúde	Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à saúde	2006
3	Diretrizes do NASF	Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica	2009
4	Portaria nº719 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	2011
5	Plano de ações estratégicas e investimentos para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (2011-2022)	Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise da situação de saúde	2011
6	Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil	Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise de situação de saúde	2011
7	Secretaria de Vigilância em Saúde: Agenda estratégica 2011-2015	Secretaria de Vigilância em Saúde – Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento	2011
8	Glossário Temático promoção da saúde: projeto de terminologia da saúde	Secretaria Executiva e Secretaria de Vigilância em Saúde	2012

Após a leitura detalhada dos citados documentos oficiais (Quadro 1) foi possível observar que o campo da Educação Física é tratado pelo Ministério da

Saúde pelos termos “práticas corporais e/ou atividade física”<sup>32</sup>. Além disso, a maioria dos documentos foi publicada ou faz referência à Secretaria de Vigilância em Saúde.

Importante considerar que em 1997 a Educação Física já vinha ganhando status institucional sendo relacionada como uma das profissões da área da saúde pelas resoluções nº 218/97 e nº 287/98 do Conselho Nacional de Saúde. Contudo, observamos que apenas a partir de 2005 e, mais notadamente em 2006, que a Educação Física aparece na agenda do SUS e nas políticas de saúde brasileiras.

Para melhor compreensão da relação entre Educação Física e saúde, na literatura analisada encontrou-se que, em 2003, o Centro Nacional de Epidemiologia foi transformado em Secretaria de Vigilância em Saúde pelo Ministério da Saúde brasileiro e, no seu interior, foi criada a Coordenação-Geral de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção da Saúde. O objetivo dessa secretaria era implantar ações de promoção da saúde, vigilância e prevenção das doenças e agravos não transmissíveis (DANTs)<sup>33</sup> no país (BRASIL, 2005c).

A Secretaria de Vigilância em Saúde foi criada em resposta ao aumento das DANTs, as quais lideram as causas de óbito no mundo. No Brasil essas doenças representam 70% das causas de morte, com forte impacto em grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011a). Destacam-se, neste âmbito, as particularidades do Brasil, um país “em desenvolvimento”, que guarda importantes desigualdades regionais e socioeconômicas, as quais convivem em um mesmo cenário epidemiológico: a ocorrência de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade e mortalidade por DANTs na população. Além disso, identificam-se a diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida (BRASIL, 2005b) sem que isso represente, necessariamente, maior qualidade de vida para os idosos no Brasil.

---

<sup>32</sup> Há referência ao termo Educação Física em apenas um dos textos (BRASIL, 2011a) quando se trata do âmbito escolar.

<sup>33</sup> No *Glossário Temático: promoção da saúde* (BRASIL, 2012c), encontra-se no verbete “doenças e agravos não-transmissíveis” (BRASIL, 2012c, p. 21) a relação deste termo com outros dois verbetes, os quais são: “agravos por causas externas” e “doenças crônicas não transmissíveis”. Assim, agravos por causas externas são definidos como o “conjunto de eventos, intencionais ou não intencionais, que podem ou não provocar lesão ou óbito” (BRASIL, 2012c, p. 15). Podem ser exemplos de agravos por causas externas: acidentes de trânsito, quedas, violências, agressões etc. As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas um “grupo de doenças que se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais” (BRASIL, 2012c, p. 21). Podem ser exemplos destas: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, etc.

Foi criado o sistema para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) realizado em todas as capitais e no Distrito Federal<sup>34</sup>. O monitoramento dos aspectos ligados à atividade física é realizado em dois grupos populacionais: adultos e escolares, os quais respondem sobre atividade física no lazer, no ambiente doméstico, no trabalho e como forma de deslocamento (BRASIL, 2011a).

As estratégias para redução das DANTs são, em geral, coordenadas pela Secretaria de Vigilância e Secretaria de Atenção à Saúde, as quais visam integrar as ações de epidemiologia com as de assistência e promoção da saúde. Nesse constructo, a promoção da saúde aparece como eixo integrador e articulador da formulação de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2005c).

Entretanto, observou-se, também, que as ações de promoção da saúde visavam “promover comportamentos e estilos de vida saudáveis”, por meio da alimentação saudável; atividade física, práticas corporais; prevenção de violências; prevenção do tabagismo (BRASIL, 2005c, p. 46). Estabeleceu-se como prioridade a implantação de “políticas promotoras de modos de viver saudáveis”, de acordo com as diretrizes da Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde<sup>35</sup>, da Organização Mundial da Saúde (OMS), e prevenção do tabagismo (BRASIL, 2005c).

O aludido documento da OMS “[...] aborda os dois principais fatores de risco de doenças não transmissíveis, a saber, a alimentação saudável e a atividade física” (OMS, 2004, p. 5). Nesse marco mundial, a atividade física se apresenta como importante estratégia para “equilíbrio energético e controle do peso” (OMS, 2004, p. 9), reduzindo riscos relacionados a doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e cânceres de cólon e de mama nas mulheres (OMS, 2004, p. 5-6).

---

<sup>34</sup> O VIGITEL é estruturado por meio de perguntas sobre características demográficas e socioeconômicas; alimentação e atividade física; peso e altura referidos; consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde e referência ao diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes e colesterol elevado. Em cada capital são entrevistados no mínimo dois mil adultos com 18 anos de idade ou mais. No geral são realizadas mais de 54 mil entrevistas telefônicas (BRASIL, 2011a)

<sup>35</sup> Esse documento foi produzido na 57ª Assembléia Mundial da Saúde em 2004. A estratégia estabelece aos Estados membros que reduzam os riscos e incidências das doenças não transmissíveis a partir da promoção da saúde mediante, principalmente, a alimentação saudável e a realização de atividades físicas. Segundo dados da OMS, as DANTs representarão 73% de todas as disfunções e 60% de toda carga de morbidade mundial até 2020 (OMS, 2004).

Observamos nesse documento, que apesar do reconhecimento das profundas mudanças sociais, econômicas e políticas na vida dos seres humanos as causas que explicam os agravos e adoecimentos, no caso das DANTs, são, de forma geral, atrelada a má alimentação (alimentos hipercalóricos pouco nutritivos com alto teor de gordura, açúcares e sal) “[...] associados a menor atividade física em casa, na escola e no trabalho, assim como a recreação e os deslocamentos” (OMS, 2004, p. 6).

De forma geral, essa “estratégia mundial” ampara-se nos desafios do aumento progressivo da prevalência das DANTs com altos custos para os sistemas de saúde e comprometimento do desenvolvimento econômico dos países (OMS, 2004). As mudanças no processo saúde-doença dos povos são compreendidas, de forma geral, a partir de explicações que se fundamentam na transição epidemiológica e demográfica da sociedade, conforme também se identifica em algumas orientações no Ministério da Saúde brasileiro. Em que pesem as determinações coletivas na compreensão do processo saúde-doença, as ações se centram na dimensão individual, ou seja, naquilo que, dentro desta perspectiva, indica ser passível de ser modificado.

Também é possível identificar nas publicações do Ministério da Saúde analisadas a existência de concepções diferentes de “promoção da saúde”, as quais expressam, inclusive, a mudança de Secretaria, na qual a política de promoção da saúde estava sendo constituída. Observamos o processo de troca de responsabilidade por essa política da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde junto a Coordenação de Agravos e Doenças não-transmissíveis (BRASIL, 2005c).

Considerando as elaborações de Ferreira, Castiel e Cardoso (2011), há uma tendência muito próxima daquilo que estes autores denominaram de vertente “conservadora ou comportamentalista” amparada pela epidemiologia clássica e dos fatores de risco, presente no documento de referência da OMS e em algumas publicações do Ministério da Saúde. Notamos, também, que há uma tentativa de instituir uma concepção de promoção da saúde baseada no que os autores intitularam de “nova saúde pública”, buscando minimizar os fatores de risco e

potencializando ações intersetoriais, de mobilização e participação “comunitárias”, conforme preconizações da Carta Ottawa.

Ouriques (2006) analisou a apropriação dos conceitos das Cartas de Promoção da Saúde<sup>36</sup> pelo campo da Educação Física, em especial pela sua vertente hegemônica denominada de “Atividade Física e Saúde”. A autora salienta que quando apropriados pela Educação Física observa-se: a despolitização dos conceitos; a limitação do conceito de saúde desarticulado de seus contextos de produção (políticos, sociais e econômicos) e a predominância de ações individualizantes, principalmente de caráter comportamental e biológico, diferente das recomendações internacionais por ações comunitárias com intensa participação social.

Neste contexto é importante compreender as primeiras conexões entre atividade física e os princípios da promoção da saúde expressos na Carta de Ottawa. Esses elementos foram debatidos na I Conferência Internacional de Consenso sobre exercício físico, aptidão física e saúde, realizada em 1988, na cidade de Toronto/Canadá. A literatura acadêmica sugere que esse evento foi significativo no estabelecimento do gasto energético como indicador para mensurar o nível de atividade física ideal, a partir do pressuposto canadense de *active living* (vida ativa), parâmetros estes fundamentais para estabelecer consensos em torno do sedentarismo (FRAGA, 2006a).

Esta “nova ordem físico-sanitária de educação dos corpos”, conforme denomina o autor, inverteu a fórmula “exercício aeróbico-consumo de oxigênio-aptidão física”, predominante na década de 1970 e 1980, para “atividade física-gasto energético- vida ativa” (FRAGA, 2006a). Para o autor, essa inversão foi fundamental para dar cabo às pretensões econômicas, políticas e sanitárias do emergente “mercado da vida ativa”. Historicamente, os exercícios vigorosos e aeróbicos tinham um foco central na preservação da saúde, os quais foram massificados pela “pregação” de Kenneth Cooper. A recomendação de 50 a 60 minutos de exercícios intensos, ininterruptos e três vezes por semana resultou em lesões, traumas,

---

<sup>36</sup> As cartas analisadas foram: Declaração de Alma-ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santa Fé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Declaração do México.

estresses, uso de medicamentos para aliviar as dores e mortes súbitas (FRAGA, 2006b).

Em 1995, a “dosagem ideal de atividade física para a população” foi estabelecida pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e American College of Sport Medicine (ACSM), na qual as pessoas devem acumular 30 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo do dia, que podem ser fracionados em até três períodos de 10 minutos, preferencialmente todos os dias da semana, contabilizando um gasto energético de 2000 calorias semanais. Nesse contexto, atividade física passa a ser subir e/ou descer escadas, lavar o carro, alongar na fila do supermercado, jardinagem, caminhar, descer alguns pontos de ônibus antes do destino com a finalidade de percorrê-lo caminhando, varrer a casa etc (FRAGA, 2006a). Esses pressupostos são centrais na constituição do Programa Agita São Paulo, o qual se tornou modelo nacional e internacional de políticas públicas no setor e, também, alvo críticas na área da Educação Física (FRAGA, 2006a; FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Uma perspectiva mais crítica de promoção da saúde foi anunciada com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, a qual possibilitou uma discussão mais ampla do papel da Educação Física neste contexto. O Ministério da Saúde brasileiro, desde a década de 1990, tem acumulado debates e buscado institucionalizar as discussões em torno da promoção da saúde no país. Temos como exemplo deste movimento no campo da Educação Física a criação do Grupo de Trabalho Esporte, Lazer e Saúde, o qual sistematizou e debateu algumas experiências em curso no país com intento de alicerçar, conceitual e operacionalmente, a construção de uma política pública, inicialmente com a implantação de equipamentos em Recife e Campinas (BRASIL, 2009).

No Brasil, as prioridades elencadas para a promoção da saúde se referem à prevenção de violências, aos ambientes saudáveis, à reorientação dos serviços de saúde, à construção de planos diretores dos municípios e às ações pela cultura da solidariedade e da responsabilidade social (BRASIL, 2005c). Esses aspectos constituíram as orientações e debates na trajetória de construção da promoção da saúde como estratégia transversal das políticas públicas, que objetivou a mudança do modelo de atenção do sistema de saúde.

Um dos marcos centrais da consolidação do tema “práticas corporais/atividade física” na agenda do Ministério da Saúde concretizou-se com a aprovação, em 2006, da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), onde estavam anunciados desafios importantes para consolidação e incorporação do paradigma promocional como uma estratégia de produção da saúde e como uma política “transversal, integrada e intersetorial [...] compondo redes de compromisso e co-responsabilidades quanto à qualidade de vida da população” (BRASIL, 2006b, p.5). No texto analisado há compreensão de que o processo saúde-doença precisa ser entendido como imbricado no processo de transformação da sociedade. Com efeito, destacamos o conceito de saúde expresso no documento:

[...] a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos deste processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (BRASIL, 2006b, p. 9)

O processo saúde-doença, portanto, é compreendido a partir de seus determinantes, os quais são (re)produzidos na dimensão coletiva da organização social, dos quais destacamos na PNPS a “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação, inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada [...]” (BRASIL, 2006b, p. 10).

Nesse sentido, o documento enfatiza a superação da perspectiva individualizante e fragmentária do processo saúde-doença e a ampliação de pesquisas para identificação, análise e avaliação de ações de promoção da saúde, para além de estudos ligados ao comportamento e hábitos dos sujeitos. Destaca-se também a ampliação do comprometimento e da corresponsabilização de trabalhadores de saúde, usuários e da análise do território na produção da saúde, promovendo sujeitos críticos, autônomos e participantes das tomadas de decisões (BRASIL, 2006b).

As áreas prioritárias da PNPS foram: i) divulgação e implementação da PNPS; ii) alimentação saudável; iii) prática corporal / atividade física; iv) prevenção e controle do tabagismo; v) redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; vi) redução da morbimortalidade por acidentes de

trânsito; vii) prevenção da violência e estímulo a cultura de paz; e viii) promoção do desenvolvimento saudável (BRASIL, 2006b).

A “prática corporal/atividade física” foi dividida na PNPS em i) ações na rede básica de saúde e na comunidade; ii) ações de aconselhamento/divulgação; iii) ações de inter-setorialidade e mobilização de parceiros; e iv) ações de monitoramento de avaliação. Destacamos dentre estas: o mapeamento, apoio e as ações de prática corporal/atividade física na Atenção Básica; capacitação dos trabalhadores em ações de promoção da saúde e prática corporal/atividade física na lógica da educação permanente; desenvolvimento de campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis, entre outras (BRASIL, 2006b).

A constituição da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, de acordo com as análises de Gomes (2009), resultou em um descompasso entre teoria e prática. Segundo o mencionado autor, o texto da PNPS apresenta elementos avançados quanto ao conceito ampliado de saúde, entendido como direito social, com especial relevância para análise dos determinantes sociais. As ações concretizadas no biênio 2006-2007, contudo, tiveram como foco as ações de prevenção de doenças de cunho individual em detrimento das coletivas, as quais ensejavam mudanças na organização do sistema de saúde brasileiro.

O foco da implementação da PNPS foi a constituição de duas grandes redes nacionais, a saber: a das práticas corporais/atividade física e a dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde (GOMES, 2009). Nesta trilha, o mesmo autor chama atenção, também, para a necessidade de avaliação mais criteriosa dessas redes e da análise da suficiência dos recursos financeiros.

A Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) foi criada de maneira a registrar e dar visibilidade a dados específicos desta temática. O acompanhamento dos projetos é realizado pelo preenchimento de questionário eletrônico<sup>37</sup> pelo responsável local e disponível na base de dados do Departamento de Informática do SUS (Datusus). Na avaliação realizada na RNAF em 2006-2007, foi possível

---

<sup>37</sup> As temáticas que compõem o questionário são: pactuação e promoção da saúde; participação social e atuação dos Conselhos de saúde; estrutura, funcionamento e público beneficiado do projeto; adesão do município as ações de capacitação e campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

identificar aumento absoluto dos projetos financiados, contudo há maior concentração de projetos no sudeste do país, como podemos visualizar na tabela abaixo (BRASIL, 2011a).

**Tabela 1** - Distribuição regional da Rede de Atividade Física no período de 2005 a 2008.

Região	2005		2006		2007		2008	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nordeste	9	33,3	28	21,4	63	29,7	83	24,6
Norte	7	25,9	10	07,6	13	06,1	31	09,2
Sul	3	11,1	28	21,4	43	20,3	52	15,4
Centro-Oeste	4	14,8	12	09,2	21	09,9	32	09,5
Sudeste	4	14,8	53	40,5	72	34,0	139	41,3
Total	27	100	131	100	212	100	337	100

Fonte: Knuth et al. (2010) apud Brasil (2011a).

Na avaliação da Rede Nacional de Atividade Física, a partir de dados de 2007<sup>38</sup>, a maioria dos projetos de atividade física (65,8%) foi debatido com a população, assim como apresentado e aprovado nos Conselhos Municipais de Saúde, apesar desta apreciação ter sido, provavelmente, uma exigência dos editais de financiamento. A maioria dos programas tem como público alvo os idosos (88,6%), assim como indivíduos com diabetes e hipertensão (67,8%) e obesidade (55%). As atividades desenvolvidas nos projetos são variadas e as mais frequentes são: alongamento (92%), caminhadas (87,3%), ginástica geral (75,8%), danças (52,5%) e ginástica aeróbica (51%). Os locais mais utilizados foram praças, unidades básicas de saúde, ginásios, campos/quadras, local vinculado às secretarias, pistas, escolas, piscinas e ciclovias (BRASIL, 2011a).

Em 2006, também foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS estabelecendo como objetivos a reafirmação da integralidade da saúde, fortalecimento dos princípios do SUS e ampliação do acesso

<sup>38</sup> Importante ressaltar que a devolutiva dos questionários pelos responsáveis pelos programas de atividade física não ocorreu na sua integralidade, pois 71,3% foram preenchidos.

da população às práticas integrativas e complementares. Na citada política existe destaque as seguintes práticas: medicina tradicional chinesa, acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo-crenoterapia. Na medicina tradicional chinesa identificamos a menção ao termo práticas corporais se referindo à lian gong, tai-chi chuan, chi gong, tuí-na e meditação. Nesse contexto observamos que o termo práticas corporais não possui relação com o campo da Educação Física, sendo utilizado em uma perspectiva de saúde-doença de cunho oriental expressando diferentes ações como, por exemplo, uma “série de movimentos”, “ginástica terapêutica”, “exercícios terapêuticos e preventivos” ou “massagem” (BRASIL, 2006c, p. 62).

Nas publicações do Ministério da Saúde analisadas nesse texto, há apenas referência aos termos “práticas corporais e/ou atividade física”, sem maiores delimitações conceituais até a publicação, em 2012, do “Glossário temático promoção da saúde: projeto de terminologia da saúde” (BRASIL, 2012c). Todavia, identificamos anteriormente a essa publicação, uma definição do termo práticas corporais na Revista Brasileira de Saúde da Família (BRASIL, 2006d), com a temática promoção da saúde, publicada no mesmo ano da PNPS. A definição foi reproduzida a seguir:

As práticas corporais são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente. Nesse sentido, agregam as mais diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam as duas racionalidades: a ocidental (ginásticas, modalidades esportivas e caminhadas podem ser exemplos) e a oriental (tai-chi, yoga e lutas, entre outras) (CARVALHO, 2006, p. 34)

O termo foi apresentado no artigo intitulado de “Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica”, escrito por Yara Maria de Carvalho (2006)<sup>39</sup>. Pretendeu-se ampliar as possibilidades de interpretar o cuidado com o corpo no contexto do movimento internacional de promoção da saúde, a PNPS brasileira e a Atenção Básica, especificamente, a estratégia da Saúde da Família. Ademais, a autora chama atenção para compreensão das práticas corporais, as distinguindo dos conceitos de atividade física, exercício físico, Educação Física, lazer e recreação, os

---

<sup>39</sup> Destacamos o pioneirismo da professora Yara Maria de Carvalho nos estudos sobre Educação Física e Saúde Coletiva e sua influência na elaboração e revisão de alguns documentos do Ministério da Saúde que tratam destes temas.

quais são tomados, frequentemente, como sinônimos. É possível identificar também uma influência das práticas integrativas e complementares quando a autora inclui o “tai-chi” e a “yoga”. Nesse sentido, as práticas corporais

[...] ampliam as possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas adoecidas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de co-responsabilidade, autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas de modo a valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde que podem ser os parques, as praças e as ruas (CARVALHO, 2006, p. 34)

No Glossário Temático Promoção da Saúde (BRASIL, 2012c), há três definições que possuem aproximações com a Educação Física: atividade física, exercício físico e práticas corporais. Abaixo destacamos as definições contidas na mencionada publicação:

Atividade Física, *fem.* Movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso. Nota: relaciona-se a caminhadas, corridas, práticas esportivas e de lazer. Ver *Exercício Físico; Práticas Corporais* (BRASIL, 2012c, p. 17)

Exercício físico, *masc.* É toda atividade física planejada, estruturada e repetitiva que tem por objetivo a melhoria e a manutenção de um ou mais componentes da aptidão física. Nota: frequência, intensidade e duração são componentes da prática de exercício físico. Exemplo: caminhadas sistemáticas com duração programada (BRASIL, 2012c, p. 22)

Práticas corporais, *fem. pl.* Expressões individuais e coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer). Notas: i) manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam significados que as pessoas lhe atribuem, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural. ii) Existem várias formas de práticas corporais: recreativas, esportivas, culturais e cotidianas. Ver *Atividade física, Exercício físico* (BRASIL, 2012c, p. 28).

Notamos que na delimitação do termo práticas corporais, há um indicativo de que elas se constituam como uma manifestação da cultura corporal se aproximando das elaborações da metodologia crítico-superadora (COLETIVO DE AUTORES, 1992), contudo, por vezes parece se confundir com o próprio conceito de cultura corporal. Conforme a proposta da metodologia anunciada, ressaltamos que, na escola, o ensino da Educação Física tem como objetivo o estudo e reflexão sobre a cultura corporal buscando evidenciar as relações que as manifestações da cultura corporal estabelecem historicamente no modo de produção e reprodução da vida

social, sem que isso lhe retire sua especificidade. Sua função social está em socializar esses conhecimentos sistematizados historicamente. Nessa trilha, cabe uma reflexão: Qual a função social da Educação Física na Saúde Pública?

Talvez um ponto de partida para essa reflexão seja problematizar a concepção de política social de modo que seus diferentes entendimentos também terão desdobramentos na reflexão sobre o trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública. Nesse sentido, compreendemos que as políticas públicas de saúde se constituem no âmbito dos conflitos e luta de classes e, portanto, se fundamentam nas relações de exploração do capital sobre trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). Nesse contexto, parece-nos importante, enquanto campo do conhecimento e como parte do conjunto dos trabalhadores da saúde, contribuir para radicalizar essa questão social no contexto do Estado brasileiro.

Dentro dos limites colocados pela realidade social, talvez a Educação Física possa contribuir na construção e organização de novos saberes tendo como ponto de partida os conhecimentos do senso comum em torno da cultura corporal, os quais são apropriados pelos seres humanos em suas diferentes mediações com a arte, a religião, a filosofia formando diferentes concepções sobre o mundo. Retomemos mais adiante essas questões com elementos mais concretos do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública.

Nos documentos legais analisados observamos que a disputa de noções de Educação Física se estabelece entre os termos práticas corporais e atividade física, não existindo referência ao exercício físico ou à aptidão física, com exceção do citado Glossário Temático. Esses elementos reafirmam as elaborações de Fraga (2006) sobre a nova ordem sanitária estar ligada a fórmula “atividade física-gasto energético-vida ativa”, conforme apontamos no texto.

Segundo as análises de Bueno (2012, p. 31), a barra entre os termos práticas corporais/atividade física não representa uma exclusão, mas um arranjo “político-epistemológico” que acomoda as tensões e garante agradar “gregos e troianos”.

De acordo com Lazzarotti Filho et al. (2010), o termo práticas corporais vem sendo utilizado de forma crescente em produções acadêmicas, documentos oficiais e revistas comerciais, notadamente a partir dos anos 2000, com diferentes significados e sentidos. Os autores apontam que o termo é utilizado a partir das

contribuições das ciências sociais e humanas e na interface com a saúde apresenta um contraste com o conceito de atividade física.

Na maioria das produções analisadas pelos autores não se explicitou a compreensão das práticas corporais. Aqueles que o fizeram, de forma geral, o termo foi entendido a partir dos elementos indicados abaixo.

1. São identificadas como manifestações culturais que enfocam a dimensão corporal, característica, segundo os textos analisados, não presente na perspectiva de pesquisadores que utilizam o conceito de atividade física; 2. Buscam superar a fragmentação identificada na constituição do ser humano e denotam crítica à forma de organização da vida contemporânea e seus desdobramentos no corpo; 3. Apontam para uma ampliação conceitual deste termo com elementos das ciências humanas e sociais e tensionam com uma concepção de ciência pautada na objetividade e neutralidade; 4. Exemplificadas, principalmente, como esporte, ginástica, dança, luta, tai-chi, yoga, práticas de aventura, jogos; 5. Destacam-se as diferenças e contrastes entre práticas orientais e ocidentais; 6. Externam uma preocupação com os significados/sentidos atribuídos às práticas corporais por parte dos sujeitos que a praticam, além de sua utilidade prática; 7. Apresentam finalidades como promoção da saúde, educação para sensibilidade, para estética, para desenvolvimento do lazer e para o cuidado com o corpo (LAZZAROTTI FILHO et al., 2010, p. 18-19).

Nas publicações do Ministério da Saúde analisadas, o termo práticas corporais parece estar em consonância com os elementos apresentados na citada pesquisa. De forma geral, o termo vem se constituindo no campo da Educação Física em uma perspectiva intuitiva e polissêmica. Contudo, na produção específica da saúde, assume de forma mais marcante características de negação da tendência hegemônica do campo no trato com a saúde.

Em consonância com os elementos apresentados, em análises recentes de Fraga, Carvalho e Gomes (2012, p. 380-381), o termo práticas corporais é indicado como “eixo central” de políticas de formação em Educação Física e Saúde Coletiva, “pois ele está muito mais alinhado à humanização do cuidado e à atenção integral à saúde do que a noção de atividade física”. Ademais, os autores indicam a possibilidade de incorporar as práticas corporais “no rol de tecnologias leves”.

De forma geral, podemos observar, portanto, que embora a perspectiva crítica de promoção da saúde esboçada na PNPS não tenha se sustentado em ações mais amplas, interferindo na determinação do processo saúde-doença, notamos que no âmbito da Educação Física houve uma tentativa de ampliar as discussões com a proposição do termo “práticas corporais”.

Contudo, a inserção das práticas corporais/atividade física na trajetória histórica de construção da PNPS ocorreu, principalmente para contribuir no “enfrentamento da prevalência ascendente das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morbi-mortalidade”, reiterando a Estratégia mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, documento da OMS, já mencionado neste texto (BRASIL, 2009, p. 144).

No relatório publicado sobre a Política de Promoção da Saúde e a agenda da Atividade Física no SUS foi apresentada a trajetória histórica da “atividade física-práticas corporais”<sup>40</sup> no triênio 2005-2007, no âmbito do Ministério da Saúde. As políticas de “atividade física no SUS” se orientaram pela reflexão sobre a PNPS, a intersetorialidade e os modos de viver saudáveis (MALTA et al., 2009)<sup>41</sup>.

Ainda de acordo com os autores acima, esses elementos se expressam na organização de estratégias de diálogo intersetoriais e na cooperação internacional, bem como na garantia que estados e municípios ofereçam apoio técnico e financeiro ampliando os recursos para promoção da saúde. As estratégias de diálogo podem ser evidenciadas no Quadro 2:

**Quadro 2** - Síntese das ações que envolveram as práticas corporais/atividade física no contexto do Ministério da saúde brasileiro no período de 2005 a 2010.

Atividades/ações	Ano
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação de um grupo intraministerial para organizar ações sinérgicas à Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física, de acordo com documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de saúde (OPAS/OMS);</li> <li>✓ Realização do evento “Brasil saudável”, com intuito de divulgar os benefícios da atividade física, alimentação saudável e prevenção ao tabagismo, o qual ocorreu na cidade de Brasília/DF e demais capitais brasileiras;</li> <li>✓ Portaria 2.608/GM de 28 de dezembro de 2005 destinou recursos financeiros para estruturação de ações de vigilância e prevenção de DANTs pelas secretarias estaduais e municipais de saúde das capitais brasileiras,</li> </ul>	2005

<sup>40</sup> No mencionado artigo não há uma terminologia específica para se referir a Educação Física. Há o uso de uma variedade de termos como, por exemplo, “atividade física-práticas corporais”, “práticas corporais” e “atividade física”, associadas às ideias de indução, incentivo e promoção.

<sup>41</sup> Este relatório foi escrito, na sua maioria, por profissionais da coordenação geral de doenças e agravos não transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília/DF.

atendendo aos preceitos da OMS.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação do projeto intitulado “Pratique Saúde”, com objetivo de estimular a atividade física, alimentação saudável, prevenção do tabagismo e diabetes na grande mídia, dando sequência as ações do evento “Brasil Saudável”;</li> <li>✓ Realização do “I Seminário Nacional sobre Atividade Física” que reuniu representantes dos municípios financiados por edital 2/2006;</li> <li>✓ Realização do “Seminário intersetorial de práticas de atividade física”, do qual participaram representantes e técnicos dos Ministérios da Saúde, Cidades e Meio Ambiente, OPAS/OMS e CONASEMS e demais interessados no tema. O foco do evento era buscar ações integradas com objetivo de discutir a mobilidade urbana do cidadão, com destaque para o transporte público seguro e valorização dos pedestres e ciclistas (e não ao veículo motorizado).</li> </ul>	2006
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação do evento “na cidade sem meu carro”, organizado por ONGs e o Ministério das Cidades e Meio Ambiente, com apoio do Ministério da Saúde. O evento teve como intuito promover o debate sobre planejamento urbano e qualidade de vida nas cidades. Como reflexo deste evento foi instituído o dia nacional de reflexão sobre acidentes de trânsito, emissão de gases e sedentarismo, com objetivo de conscientizar a população dos prejuízos sociais e ambientais do uso indiscriminado do automóvel;</li> <li>✓ Criação do Plano Nacional de práticas corporais e atividade física para estímulo de políticas no nível municipal, assim como a operacionalização das ações do Plano de aceleração do crescimento da saúde (2007-2010/ “Mais saúde”) e do plano plurianual do Ministério da Saúde. O objetivo do plano foi facilitar o investimento em espaços urbanos mais saudáveis e ampliar o acesso a informações para a produção de modos de viver mais saudáveis, por meio de projetos sobre o tema junto a escolas, ambientes de trabalho e áreas públicas de lazer;</li> <li>✓ I Curso de atualização em avaliação de programas de atividade física destinados a gestores e coordenadores de projetos financiados. Essa ação, assim como as discussões promovidas no “I Seminário sobre Atividade Física” deram subsídios para análise da implantação da PNPS, dos desafios à vigilância das DANTs, da complexidade de ações intersetoriais na área da atividade física e lazer e da necessidade de avaliação dos programas. O curso ocorreu em parceria com o Centers for Disease Control (CDC/Atlanta), a Universidade Federal do Paraná e a Universidade Federal de Pelotas.</li> </ul>	2007
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Criação do NASF pela Secretaria de Atenção à Saúde;</li> <li>✓ II Curso internacional de avaliação de programas de atividade física. Além dos temas tratados na primeira edição do curso, também foi incluído a avaliação e</li> </ul>	2008

<p>planejamento em saúde com objetivo de oferecer aos participantes subsídios em mecanismos de gestão. Este curso contou, também, com a parceria da Universidade Federal de Goiás, Ministério do Esporte, Ministério das Cidades e a Secretaria de Atenção à saúde do Ministério da Saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Semana Nacional de Promoção da Saúde intitulada de “Entre para o time onde a saúde e meio ambiente jogam juntos”, conjugando as comemorações do Dia mundial da saúde (07 de abril) e do Dia mundial da atividade física (06 de abril).</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ III Curso internacional de avaliação de projetos de atividade física voltou-se para projetos municipais e estaduais que foram financiados pela primeira vez em 2008. Participaram do curso membros das secretarias municipais de saúde de Recife, Aracaju, Vitória e Curitiba e da Universidade Federal do Paraná;</li> <li>✓ Curso de promoção da saúde, na modalidade à distância, para gestores e trabalhadores do SUS coordenado pela Universidade de Brasília. O objetivo do curso foi oferecer subsídios para avaliação, implementação e avaliação de projetos de promoção da saúde com intuito de formar 500 pessoas por edição<sup>42</sup>;</li> <li>✓ Ação denominada de “Atividade física é tão simples que você faz brincando”, a qual dialogou com espaços da saúde, escolas, da infraestrutura, do urbanismo e da ação social</li> </ul>	2009
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dia da Promoção da Qualidade de vida foi um evento intersetorial organizado mais uma vez para comemorar, de forma conjunta, o Dia Mundial da Saúde e o Dia Mundial da Atividade Física</li> </ul>	2010

Fonte: MALTA et al. (2009) e Brasil (2011a)

De forma inicial, a partir da análise do quadro acima, parece que a visibilidade das ações em torno das práticas corporais/atividade física ocorreu tendo como referência as orientações da OMS e OPAS, principalmente a partir do documento “Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física”, já mencionado neste texto.

As atividades centraram-se no acesso à informação sobre o tema para a população, com eventos informativos e comemorativos em todo país, posteriormente ampliados para divulgações em escolas, ambientes de trabalho e espaços públicos

<sup>42</sup> No documento não há referência explícita ao ano de criação do curso.

de lazer. Essas ações foram paulatinamente ampliadas por meio de parcerias com outros setores do serviço público, como a cultura, a educação, o esporte entre outros. Com efeito, ocorreram tentativas de articular ações interministeriais (Ministério das cidades e meio ambiente) em torno da mobilidade urbana, fortalecimento do transporte público, valorização do pedestre e do ciclista, tendo o combate ao sedentarismo como pano de fundo dessas ações.

Para além de ações pontuais e informativas, ocorreu a efetivação do trabalho dos profissionais de Educação Física na estratégia da Saúde da Família, em nível federal, com a criação dos NASF. Nos últimos anos o foco tem sido o oferecimento de cursos para subsidiar avaliações de projetos de atividade física no Brasil a partir de parcerias internacionais.

Em apenas cinco anos houve um aumento de mais de dez vezes do volume de recursos destinados ao financiamento de ações ligadas as “práticas corporais/atividade física”, de vigilância e controle das DANTs, pela Secretaria de Vigilância à Saúde (R\$ 4,6 milhões em 2005; R\$ 5,3 milhões em 2006; R\$16,8 milhões em 2007; R\$ 27,4 milhões em 2008; e R\$ 56 milhões em 2009). Neste contexto, o projeto Guia (Guia Útil para Intervenções em Atividade Física), do qual trataremos a seguir, recebeu o financiamento de U\$ 1,3 milhão ao longo de quatro anos. Nos quatro anos iniciais desse projeto, o Ministério da Saúde investiu mais de R\$ 120 milhões na criação de infraestrutura em nível nacional para vigilância, avaliação e intervenção na área de atividade física e saúde (BRASIL, 2011 a).

As ações do Ministério da Saúde no triênio 2005-2007 também tiveram como centralidade a produção do conhecimento em estratégias de avaliação e “produção de evidências da efetividade da promoção da saúde no Brasil” (MALTA et al., 2009, p. 84). Foram analisados os programas Academia da Cidade do Recife, CuritibaAtiva, Academia de Belo Horizonte e de Aracaju/SE e os dados preliminares apontaram aumento dos níveis de atividade física e avaliação positiva da população (MALTA et al., 2009).

Para realizar avaliações dos programas comunitários mencionados, o Ministério da Saúde tem recorrido a parcerias com Instituições Brasileiras de Ensino e Pesquisa (UFMG, UFG, UFPR, UFS, UFPel, USP, Unifesp e Celafiscs), Universidades Americanas (Saint Louis e Washington) e Entidades Internacionais

(Centers for Disease Control and Prevention (CDC), a OMS, a OPAS e o Banco Mundial (BRASIL, 2011a).

O projeto Guia utilizado para avaliação dos programas teve como referência central o Manual do CDC. Em 2003, na cidade do Rio de Janeiro, especialistas reuniram-se com objetivo de criar bases para o desenvolvimento e avaliação de programas de atividade física, nacionais e internacionais, a convite do Centro de Colaboração para Promoção da Atividade Física e Saúde da OMS e do CDC, com patrocínio, também, do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFICS), OPAS, Colégio Americano de Medicina Esportiva e o Agita Mundo. Entre os objetivos do “workshop” estavam à produção de um Manual para avaliação de programas de atividade física; revisão e adaptação do Manual do CDC para avaliar programas de atividade física na América Latina, bem como outros produtos “claramente orientados para aplicação nas Américas”. As avaliações de programas brasileiros realizadas pelo projeto Guia tiveram como referência o Manual do CDC intitulado de “Framework for Program Evaluation in Public Health” e seus suplementos “An Evaluation Framework for Community Health Programs” e “Promoting Physical Activity: A Guide for Community Action” (DHHS/CDC, 2002, p. 3).

No documento “avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil” (BRASIL, 2011a), destacamos os passos que serviram de orientação para análise dos programas de acordo com o Manual do CDC: 1. Envolver as partes interessadas; 2. Descrever claramente o programa; 3. Focalizar no desenho da avaliação; 4. Coletar dados; 5. Fundamentar as conclusões e 6. Compartilhar as lições aprendidas (BRASIL, 2011a, p. 37).

As avaliações dos projetos comunitários Academia da Cidade do Recife, CuritibaAtiva, Academia de Belo Horizonte e de Aracaju/SE tiveram como critérios gerais a identificação do aumento do nível de atividade física da população, a adesão aos programas e o acesso a equipamentos de lazer. O objetivo central declarado foi de produzir evidências científicas a partir da avaliação de programas de atividade física no Brasil no sentido de fortalecer as ações de promoção da saúde, em especial, da atividade física como fator protetor no combate as DANTs e aos seus fatores e condicionantes de risco. Em sua maioria, avaliaram-se as

características sociodemográficas dos participantes; conhecimento e informações da população sobre os programas; participação das pessoas (facilitadores e barreiras para acesso e permanência) e satisfação com as atividades; dados sobre atividade física, alimentação, tabagismo; medidas antropométricas; impacto, dificuldades e perspectivas dos programas (BRASIL, 2011a).

Apesar das importantes iniciativas de avaliação de programas de atividade física no Brasil, incentivados e financiados pelo Ministério da Saúde brasileiro, e dos esforços no sentido de construir parcerias internacionais, identificamos alguns limites na constituição da proposta, como no caso do projeto Guia, onde se observa a importação de modelos norte-americanos para avaliação dos programas na América Latina, em consonância com o que já se constitui como prática científica tradicional nos estudos sobre atividade física e saúde. Com efeito, ao menos, secundarizam-se as particularidades das formações históricas e sociais desses países, onde os “modelos” do norte são referências para aplicação nos países do sul.

Ademais, a estruturação da proposta de análise dos programas de atividade física indica uma proximidade com os pressupostos da medicina preventivista, criticada por Arouca (2003) na década de 1970. Nesse sentido, o projeto parece se amparar em uma perspectiva de causalidade reducionista e, apesar de considerar dados sociodemográficos dos participantes dos programas, não os compreende em seu potencial explicativo. Há nessa perspectiva um processo de mitificação do social e naturalização das relações sociais que constituem o processo saúde-doença.

Ressaltamos, contudo, os avanços identificados na avaliação da Academia de Belo Horizonte, a qual trouxe mais elementos do ponto de vista da contextualização histórica do programa no município. Foi possível identificar a compreensão da estratégia de promoção da saúde como eixo articulador intersetorial; o processo de integração e “adscrição” das ações da Academia da Cidade com a Atenção Básica, em especial a estratégia da Saúde da Família, fortalecendo as ações e a abordagem da saúde em seus aspectos individuais e coletivos; a definição de critérios para escolha dos lugares/territórios aonde as academias iriam ser implantadas, considerando as “[...] desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos e contemplando componentes como: saneamento, habitação, educação, renda e saúde” (BRASIL, 2011a, p.128).

Esses elementos mencionados expressam o conceito de saúde implicado na constituição da política; a necessidade de discussão ampla do projeto; a formação dos profissionais envolvidos a partir de oficinas de promoção e vigilância em saúde, dos quais foram incluídos os “educadores físicos”, os processos de sensibilização e envolvimento dos profissionais com a implantação da proposta e do processo investigativo.

No Brasil, em 2011, talvez como decorrência da avaliação positiva dos programas de atividade física, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS. O objetivo desse programa é de contribuir para promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para orientação de práticas corporais, atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011b).

O incentivo federal para a construção dos polos de Academia da Saúde varia de acordo com três tipos de modalidade. Na modalidade básica, o recurso financeiro é de R\$80.000,00 para a estruturação de área de vivência e espaço externo, composto de área multiuso com equipamentos de alongamento. A modalidade intermediária dispõe de recursos da ordem de R\$ 100.000,00, da qual prevê além dos recursos físicos anteriores, um depósito de materiais. E a modalidade ampliada o recurso é de R\$ 180.000,00 para estrutura de apoio (sala de vivência, sala de acolhimento, depósitos e sanitários) e ambientação do espaço, além dos recursos físicos anteriores citados (BRASIL, 2011c).

O referido programa visa, entre outros objetivos, integrar as ações com a Atenção Básica, fortalecendo a “promoção da saúde como uma estratégia de produção da saúde” (BRASIL, 2011b, p. 2). Além disso, destacamos: a ampliação do acesso as “políticas públicas de promoção da saúde”; estímulo ao trabalho multiprofissional; integração intersetorial com outros projetos em educação, cultura, esporte e lazer; aumento nível de atividade física da população e estímulo aos hábitos alimentares saudáveis; mobilização comunitária; valorização das manifestações culturais locais e espaços públicos de lazer. Dentre as várias ações elencadas encontramos: “promoção de práticas corporais e atividades físicas

(ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros)” e “orientação para a prática de atividade física” (BRASIL, 2011b, p. 2).

Importante destacar que o Ministério da Saúde indica que “[...] as atividades do Programa Academia da Saúde serão desenvolvidas por profissionais da APS [Atenção Primária em Saúde], especialmente os que atuam nos NASF [...]” (BRASIL, 2011b, p.3), o que demonstra um esforço e aposta do Ministério da Saúde em articular essas políticas recentemente criadas.

O aludido programa é compreendido como “[...] a principal estratégia para induzir o aumento da prática da atividade física na população” (SCHMIDT; NETTO, 2013, n. p.). Segundo dados do Ministério da saúde, já há 115 projetos adaptados e financiados e mais de 2,8 mil polos aprovados para a construção no país, para os quais já foram repassados R\$ 114 milhões de um total de R\$ 390 milhões de recursos previstos (LEAL, 2013, n. p.).

A agenda estratégica da vigilância em saúde sistematiza as prioridades do Ministério da Saúde brasileiro para o período de 2011 a 2015 e foi construída a partir da análise de situação de saúde na tentativa de responder aos desafios enfrentados pelo SUS no que se refere à área da vigilância, prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2011d). No documento foram estabelecidas 27 prioridades, 48 estratégias e 105 metas. Dentre elas, destacamos a prioridade de “fortalecer a Política Nacional de Promoção da Saúde”, utilizando como estratégia o “estímulo a prática de atividade física”, tendo como meta “apoiar a implantação de 4000 Academias da Saúde até 2015, sendo 1000 em 2011” (BRASIL, 2011d, p. 16).

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DANTs no Brasil, para o período de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011e), foi construído a partir de três eixos: i) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; ii) promoção da saúde e iii) cuidado integral. Identificamos como uma das ações principais do eixo “promoção da saúde”<sup>43</sup> a “atividade física”, a qual foi desdobrada em: programa academia da saúde; programa saúde na escola; praças do programa de aceleração do crescimento; reformulação de espaços urbanos saudáveis e campanhas de comunicação. No documento também há referência ao apoio e financiamento pela

---

<sup>43</sup> Integram também esse eixo as ações de alimentação saudável, tabagismo e controle do álcool e envelhecimento ativo. Deste último também há “incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa academia da saúde” (BRASIL, 2011e, p. 29).

Secretaria de Vigilância para mais de 1000 “programas de atividade física” somente em 2011.

No aludido documento são reiteradas as ações que o Ministério da Saúde vem apoiando e financiando, como o mencionado programa Academia da Saúde, a valorização de espaços públicos de lazer e a realização de campanhas de incentivo aos hábitos saudáveis. Há também referência ao Programa Saúde na Escola (PSE) sobre o qual nos parece importante tecer algumas problematizações.

O Programa Saúde na Escola foi instituído pelo decreto presidencial nº 6.286/2007 como estratégia para integrar as políticas e ações da rede básica de educação e o SUS, em especial, com a estratégia da Saúde da Família. A finalidade do projeto é “[...] contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007, p.1).

O planejamento das ações previstas no projeto deve considerar o contexto escolar e social, na qual as equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE com intuito de avaliar as condições de saúde dos escolares. Neste sentido, as ações podem compreender: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação de saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo de álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura de prevenção no âmbito escolar e inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

Para se compreender o impacto do PSE no país, destaca-se que já aderiram ao programa em torno de 1.253 municípios, com a integração de 8.000 equipes de saúde em 36.892 escolas, beneficiando 8.502.412 estudantes. Também em 2013 o programa passou a atender creches e pré-escolas com previsão de financiamento de R\$ 175 milhões (LEAL, 2013).

No documento “Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil” (BRASIL, 2011a), a Educação Física escolar é compreendida como uma importante intervenção para aumento dos níveis de atividade física em crianças e jovens, considerando a prevalência de excesso de peso e diminuição de oportunidades deste público ser ativo, especialmente, nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2011a). Corroborando com esta concepção, no Manual do CDC a “Educação Física na escola” aparece como uma intervenção “altamente recomendada” a qual possui como função social:

Currículos e normas modificados para aumentar a quantidade de atividades moderadas ou vigorosas, a quantidade de tempo das aulas de EF [Educação Física], ou a quantidade de tempo que os estudantes estão ativos na aula de EF. As intervenções incluíram a mudança nas atividades ensinadas ou modificações das regras do jogo para que os estudantes sejam mais ativos (DHHS/CDC, 2002, p.42).

Essa concepção de Educação Física escolar parece estar sendo “reavivada” na atualidade. Em uma investigação realizada por Darido, Rodrigues e Sanches Neto (2007) sobre a produção do conhecimento na área da Educação Física escolar e saúde nos últimos dez anos, os autores concluíram que houve um afastamento dos pesquisadores, predominantemente da subárea das biodinâmicas, da temática escolar, principalmente a partir das críticas realizadas ao paradigma biológico na década de 1980. Ademais, as temáticas como rendimento esportivo e *fitness* garantiam *status*, maiores possibilidades de financiamento e reconhecimento da sociedade. Notamos essa retomada no documento sobre avaliação dos programas de atividade física e também nas possíveis ações do Programa Saúde na Escola, as quais indicam uso de avaliações clínicas e testes físicos como parâmetros para avaliar as condições de saúde das crianças e jovens.

De forma geral, notamos que as intervenções recomendadas pelo CDC são, em boa medida, seguidas nas políticas e ações do Ministério da Saúde brasileiro, como se pôde observar na apresentação do Quadro 2. As recomendações são de *informação*, com foco em campanhas e anúncios sobre os benefícios da atividade física; *social e de conduta/comportamentais*, centradas em programa de mudança no comportamento da saúde individualmente adaptados, educação física escolar e intervenções de apoio social em locais da comunidade; e *políticas e ambientais*,

focalizadas na criação e melhoria do acesso a locais para realizar atividade física combinada com atividades comunitárias de informação (DHHS/CDC, 2002). Parece importante destacar neste constructo uma forte tendência de “conscientização” sobre os benefícios da atividade física para a população, atribuindo à desinformação uma das possíveis causas dos níveis crescentes de sedentarismo e aumento das DANTS.

Para Pinho (2011) há nesta perspectiva um forte pressuposto idealista, onde a saúde pode ser adquirida como um esforço individual de mudança de consciência, em uma visão funcionalista da atividade física para amenizar os efeitos colaterais do estilo de vida escolhido por cada um. A autora conclui que essas abordagens tradicionais apesar das novas roupagens, com atualizações como termos como “qualidade de vida” e “dimensões física, social e psicológica” mantém as concepções hegemônicas, as quais remontam as origens da Educação Física e seu vínculo com o movimento médico-higienista e eugênico.

De certo, nos parece oportuno compreender como as noções de promoção da saúde e de prevenção de doenças se rearticulam, atualmente, com a perspectiva hegemônica dos “fatores de risco”. E como esses conceitos aparecem, às vezes, como sinônimos e/ou como etapas de um mesmo processo.

Como já detalhamos, as elaborações de Sérgio Arouca (2003) sobre o “dilema preventivista” e a crítica à teoria da “História Natural das Doenças” de Leavell e Clarck (1965 apud AROUCA 2003) parecem elementos fundamentais para compreender as distorções sobre processo saúde-doença, em especial, sobre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, a mitificação do social e a visão linear e reducionista de causalidade presentes nesta teoria. Apesar da tentativa de ressignificar o conceito de promoção da saúde a partir dos moldes canadenses e da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil o que notamos atualmente é uma forte influência norte-americana a partir dos aportes da “medicina preventiva”, a qual, de modo geral, privilegia a noção comportamental de promoção da saúde rearticulada com o paradigma de fatores de risco, especialmente, no combate às doenças não-transmissíveis.

Matiello Júnior, Gonçalves e Martinez (2008, p. 44), examinam a reprodução na área da Educação Física da lógica dos fatores de risco ou da epidemiologia

tradicional. Neste paradigma hegemônico, o foco está em “tornar mensuráveis as incertezas” utilizando modelos matemáticos que estimam as taxas de risco (MATIELLO JÚNIOR; GONÇALVES; MARTINEZ, 2008, p. 44). Corroborando com estes questionamentos, Palma e Vilaça (2010) analisaram os limites teórico-metodológicos dos estudos epidemiológicos sobre sedentarismo, os quais se pautam em medidas duvidosas e carregam em seus achados um caráter moralizador. Segundo os autores, os discursos persecutórios (CASTIEL; DARDET, 2007) produzem efeito iatrogênico, além de estigmatizar e discriminar em diferentes maneiras os sujeitos por sua condição sedentária. Nessa trilha, Palma et al. (2006) concluíram, a partir de um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, que os motivos das pessoas não aderirem à prática de exercício físico está determinado muito mais por suas condições de vulnerabilidade individual e coletiva do que por comportamentos de risco.

De maneira geral, observamos na análise dos marcos legais que a centralidade do trabalho do profissional de Educação Física na saúde pública parece estar fundamentada no combate às DANTs, com respaldo de documentos internacionais, especificamente, da OMS e OPAS. Nesse contexto, parece ganhar relevância um viés comportamental baseado no paradigma dos fatores de risco. Contudo, observamos também uma tentativa de institucionalizar uma perspectiva mais crítica de saúde, compreendida como produção social, em especial, com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Nesse âmbito, houve um espaço importante de crítica nas produções que trataram da Educação Física, com destaque para a publicação das Diretrizes do NASF em 2009.

Observamos, contudo, que em algumas ações do Ministério da Saúde mantiveram-se uma noção de Educação Física a partir dos fundamentos da ciência comportamental e nas recomendações de organismos norte-americanos, especificamente do CDC. Essas ações podem ser identificadas nos cursos pontuais oferecidos desde 2007 (Quadro 2) e, de forma mais evidente, com a avaliação de programas de atividade física, publicada em 2011.

De qualquer maneira, fica explícito o aumento de recursos financeiros para ações e projetos de práticas corporais/atividade física pela Secretaria de Vigilância em Saúde, assim como dos esforços na constituição e avaliação da Rede Nacional

de Atividade Física. Embora essa rede se constitua, no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde, como uma ação de cunho individual restrita à prevenção de doenças.

Neste contexto de disputas de projetos e concepções teórico-metodológicas sobre Educação Física e Saúde, há indicações nos marcos legais de trabalhos intersetoriais com o Programa Saúde na Escola e com as Academias da Saúde, criados em 2007 e 2011, respectivamente, com tendências de crescimento em todo o país até 2022, conforme se verificou no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DANTs. Nesses programas não é possível identificar com clareza as concepções de Educação Física que os fundamentam, contudo permanecem as referências aos termos práticas corporais e atividade física.

#### 4.2. O TRABALHO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE PÚBLICA A PARTIR DAS DIRETRIZES DO NASF

A construção de políticas, ações e programas em torno das “práticas corporais/atividade física” constituíram momentos importantes no avanço da temática nas prioridades da Saúde Pública brasileira. No entanto, apenas com a criação dos NASF em 2008 ocorreu, de forma mais concreta, a efetivação do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública.

O documento que orienta as ações das “práticas corporais e atividade física (PCAF) no NASF” intitulado de “Diretrizes do NASF”, publicado em 2009 pelo Ministério da Saúde, parece ser o primeiro texto oficial a sistematizar reflexões em torno do trabalho do profissional Educação Física na Saúde Pública brasileira<sup>44</sup>. Assim, neste subcapítulo tivemos como objetivo problematizar os conceitos e princípios centrais do documento que orientam o trabalho nos NASF e dialogar com outras produções acadêmicas e reflexões que tratam da temática no campo da Educação Física.

Em uma pesquisa realizada em 2011 sobre a implantação dos NASF e a inserção do profissional de Educação Física no Brasil, observou-se que esse

---

<sup>44</sup> O eixo das PCAF foi elaborado por Danielle Keylla Alencar Cruz e revisado por Yara Maria de Carvalho (BRASIL, 2009).

profissional está presente em 49,2% das equipes NASF, com diferenças expressivas entre as regiões do Brasil, chegando a percentuais superiores a 75% nos estados do Acre e Paraná e nenhum no Distrito Federal. Estados como Tocantins (69,2%), Ceará (68,9%), Paraíba (62,5%) e Alagoas (61,8%) também apresentaram números elevados quanto à presença do profissional de Educação Física na equipe NASF (SANTOS, 2012b).

Há, contudo, uma baixa representatividade profissional quanto à cobertura da população pela estratégia da Saúde da Família (ESF), não chegando a um profissional por 100.000 habitantes. Considerando-se a cobertura proporcional da estratégia da Saúde da Família, os estados do Ceará, Paraná e Pernambuco apresentam dados superiores a média, ou seja, acima de um profissional de Educação Física por 100.000 habitantes, e elevada cobertura de ESF. Os estados de Minas Gerais, São Paulo e Bahia apresentam maior cobertura de ESF e NASF, contudo o número de profissionais de Educação Física se reduz quase a metade do total de equipes implantadas. Apesar disso, o profissional de Educação Física encontra-se entre as cinco profissões mais contratadas para trabalhar nos NASF (SANTOS, 2012b).

Dados de 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013c)<sup>45</sup> apontam que há 1031 profissionais de Educação Física trabalhando nos NASF em todo o país e esta continua sendo uma das cinco profissões mais contratadas. Considerando-se a somatória das diversas possibilidades de registro do profissional de Educação Física nos NASF, há 762 trabalhadores cadastrados como “profissional de Educação Física na saúde”, 183 como “avaliador físico”, 38 como “preparador físico”, 25 como “professor de Educação Física no ensino superior”, 12 como “professor de Educação Física no ensino médio”, 8 como “técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)” e 3 como “ludomotricionista” (BRASIL, 2013c). Importante lembrar que, segundo a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO), os profissionais de Educação Física no NASF podem ser cadastrados como: avaliador físico; ludomotricionista; preparador de atleta; preparador físico; técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol); técnico de laboratório e fiscalização desportiva

---

<sup>45</sup> Os dados apresentados foram sistematizados e gentilmente cedidos pela Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica (Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde) em Junho de 2013.

(BRASIL, 2008). No quadro estão apresentados os dados atuais da quantidade de profissionais por modalidade NASF no país:

**Quadro 3** - Distribuição dos profissionais que atuam nos NASF.

<b>Profissionais</b>	<b>Percentual de NASF I com o profissional na equipe</b>	<b>Percentual de NASF II com o profissional na equipe</b>
Fisioterapeuta Geral	86,0%	75,4%
Psicólogo Clínico	85,5%	77,1%
Nutricionista	79,9%	60,9%
Assistente social	67,9%	42,5%
Fonoaudiólogo(a)	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: Brasil (2013c).

As diferentes formas de registrar o profissional de Educação Física, já indicavam na criação dos NASF em 2008, as tensões quanto à centralidade do trabalho desse profissional na saúde. Segundo as elaborações de Bueno (2012) essas definições tiveram interferência do Conselho Federal de Educação Física quando ocorreu a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2002.

Bueno (2012) também argumenta que após a criação dos NASF não é possível cadastrar os profissionais como “professor de Educação Física no ensino superior” ou “professor de Educação Física no ensino médio”<sup>46</sup>. Essas CBOs eram

---

<sup>46</sup> Considerando esse aspecto, nos causou estranheza ao perceber que nos dados cedidos pelo Ministério da Saúde, agrupados no Quadro 3, se reconheceu como profissional dos NASF as CBOs “professor de Educação Física no ensino superior” e “professor de Educação Física no ensino médio”. Avaliamos que talvez os profissionais de Educação Física existentes nos municípios tenham tornado-se profissionais dos NASF mantendo o vínculo com essas CBOs.

vinculadas à educação, sendo as únicas formas de registro da Educação Física antes da atualização da CBO. Ademais, a autora ressalta que os procedimentos vinculados à CBO “professor de Educação Física no ensino superior” estão muito mais condizentes com o trabalho desenvolvido por esse profissional na Saúde Pública, por exemplo, possibilitando o cadastro em atividade educativa/orientação em grupo e visita domiciliar.

Neste contexto, parece importante considerar que a desvalorização da docência também tem impactado nas delimitações sobre o trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública. Chamam-nos atenção as manobras no sentido de descaracterizar esse vínculo histórico que constitui o campo da Educação Física, o qual acumula avanços expressivos na produção do conhecimento.

Apesar do trabalho desse profissional estar detalhado nas Diretrizes do NASF, independente da CBO cadastrada, é no mínimo estranho imaginar o que um “preparador físico” ou um “técnico de desporto”, para citar apenas esses dois exemplos, fariam em uma equipe multiprofissional na Atenção Básica. Parece-nos que na tentativa de superar esse “esquartejamento” da Educação Física criou-se a CBO provisória 2241E1 de “profissional de educação física na saúde”, descrita na portaria nº 256 de 11 de março de 2013.

Em pesquisa realizada por Santos (2012b) foram entrevistados por telefone 296 profissionais de Educação Física que trabalham nos NASF em todo o país. Na entrevista foram consideradas as condições de trabalho, formação profissional e atividades desenvolvidas. Os resultados sugerem que há predominância do sexo masculino (53,4%), com média de idade de 32,3 anos ( $\pm 7,4$ ). A grande maioria (74,7%) possui formação em licenciatura plena sendo que 55,1% realizaram seu processo formativo em instituições particulares de ensino. A maioria dos entrevistados (55,7%) possui pós-graduação em Educação Física e Saúde.

Em se tratando de informações relativas às condições de trabalho, identificou-se que há prevalência de trabalho com carga horária de 40 horas semanais, contudo 11,5% relataram carga horária inferior. No entanto, 76,4% possuem vínculo empregatício precarizado, especialmente pela flexibilidade da forma de contratação dos profissionais, e apenas 23,6% são estáveis. Ademais, 57,8% dos entrevistados possuíam outro vínculo profissional. A maioria dos profissionais relatou não possuir

condições mínimas para o trabalho (56,4%), quando considerados os recursos materiais e estrutura física, no entanto informou que houve capacitação pedagógica e avaliação da gestão municipal (75,7%) (SANTOS, 2012b).

Na pesquisa de Mendonça (2012) identificou-se a importância do vínculo empregatício para a continuidade do trabalho, qualidade das atividades e saúde dos profissionais. No caso dos trabalhadores de Educação Física do NASF de Londrina/PR investigou-se que os mesmos tinham um contrato emergencial de 60 dias e uma jornada de trabalho de 40 horas. O autor salienta que esse tipo de contratação ocorreu porque uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), a qual era responsável pelas contratações dos profissionais de saúde, estava envolvida com denúncias de corrupção que resultou em um rompimento de contrato com o município e insegurança para os trabalhadores. Além disso, é importante destacar que seis dos dez profissionais de Educação Física do NASF de Londrina/PR investigados tinham outra atividade remunerada, em geral, em empresas privadas.

De forma similar, no município do Rio de Janeiro, os pesquisadores analisaram que a contratação de profissionais de Educação Física não estava clara. A responsabilidade pelas contratações é das Organizações Sociais, as quais eram constituídas por área programática, com diferenças nos processos de seleção e contratação de profissionais (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011).

Em investigação anterior (MARTINEZ; PELLIZZARO; SILVA, 2009) realizada em 2009 com os profissionais que compuseram a equipe de implantação dos NASF em Goiânia/GO, foi identificado que a representação que aquela equipe tinha sobre o trabalho do profissional de Educação Física indicava um duplo papel. A dupla representação consistia de um educador e de um profissional da saúde. Uma responsabilidade na orientação sobre a prática de exercícios físicos para as equipes de ESF e população; e à contribuição na redução de doenças e agravos não-transmissíveis.

Nesse aspecto, os sujeitos que construíram o projeto de implantação dos NASF em Goiânia argumentaram que:

Professor de educação física é um profissional completo, embora a formação seja de educador, mas ele é um profissional de saúde. Ele transita nas duas áreas [...] Então, essa figura que é o professor seria um modelo do

que é o NASF, então ele não poderia ficar de fora (profissional médico, equipe de implantação do NASF em Goiânia/GO, 11/9/2009).

[...] é exatamente por conta da realidade da Saúde Pública [...] E as práticas corporais, as atividades físicas, estão sendo muito importantes para ajudar a controlar e diminuir esses agravos e doenças não transmissíveis, principalmente, no que diz respeito à obesidade, diabetes, hipertensão e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (profissional de Educação Física, equipe de implantação do NASF em Goiânia/GO, 8/9/2009).

Para Pedrosa e Leal (2012, p.247), a percepção dos profissionais enfermeiros e médicos da estratégia da Saúde da Família de Porto Velho/RO com relação ao trabalho dos profissionais de Educação Física vinculados aos NASF está representada, principalmente, pela “[...] amenização dos efeitos de doenças crônico-degenerativas (como hipertensão e diabetes)”. Os autores chamam atenção para o desconhecimento dos profissionais sobre as políticas e programas nacionais de saúde, inclusive sobre a criação dos NASF.

Contribui para tal dificuldade, a interpretação desses profissionais de que o NASF atuaria, em última instância, junto a um grande contingente de usuários do SUS. Os autores analisaram que a Portaria que cria os NASF (BRASIL, 2008) dá margem para essa interpretação dos profissionais. Nesse sentido, não é de se surpreender que muitos profissionais da ESF esperassem que a equipe NASF assumisse as demandas do território a partir das especialidades profissionais, reforçando os processos de encaminhamento e de ações curativas (PEDROSA; LEAL, 2012).

A publicação das Diretrizes do NASF parece estar suprindo em parte essa lacuna, pois há, em inúmeras partes do texto, uma orientação muito clara de que o trabalho dos profissionais dos NASF deve ser desenvolvido por meio do apoio matricial, com espaços coletivos de discussões e planejamento (BRASIL, 2009). Contudo, essa orientação parece ter poucas repercussões na realidade de trabalho da maioria das equipes de ESF, exigindo dos profissionais dos NASF uma leitura cuidadosa do trabalho das equipes e do território a fim de compreender as dificuldades e buscar seu enfrentamento conjunto.

Em pesquisa realizada com profissionais de Educação Física que trabalham nos NASF no norte do Paraná, foi verificado que a maioria dos profissionais trabalhava com grupos nas unidades de saúde e apenas um trabalhava oferecendo,

exclusivamente, apoio às equipes de ESF. Esses profissionais davam suporte, em média, para cinco unidades de saúde fixas a partir de um trabalho por escala (SOUZA; LOCH, 2011). Com efeito, é possível que a maioria desses trabalhadores esteja assumindo diretamente os grupos das unidades de saúde, privilegiando na organização do trabalho as ações específicas da área profissional. Com a demanda elevada de usuários por unidade de saúde, provavelmente, o trabalho coletivo de planejamento e avaliações das ações com a equipe NASF, bem como com as equipes de ESF, pode estar comprometido provocando ações cada vez mais isoladas.

Observou-se, também, que os profissionais de Educação Física dos NASF de Londrina/PR realizavam um trabalho, na maioria das vezes, com pouca integração com as equipes de Saúde da Família e relatavam dificuldades para utilização de salas, materiais e veículos da unidade de saúde (MENDONÇA, 2012). Nessa direção, Silva e Oliveira (2013) também sugeriram ampliação da articulação dos profissionais de Educação Física com as equipes de Saúde da Família de Sobral/CE, em especial com os profissionais da área médica e de saúde bucal. Mendonça (2012) argumenta a necessidade de formação permanente no próprio trabalho e da mudança da concepção curativa das equipes de Saúde da Família. Com relação às condições de trabalho, de forma similar, os profissionais de Educação Física dos NASF do norte do Paraná também mencionaram, como principal dificuldade do trabalho, a falta de espaço físico para desenvolvimento das atividades (SOUZA; LOCH, 2011).

Nas Diretrizes do NASF identificamos que a compreensão do “eixo” das PCAF no contexto do SUS é “ressignificada” à luz da concepção de saúde como produção social. Com efeito, a demarcação conceitual e política expõem nos parágrafos iniciais do documento os desafios para o campo da Educação Física em integrar uma equipe multiprofissional a partir dessa perspectiva. Um trecho do documento ressalta os conceitos mencionados:

[...] entendendo a produção da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, é que o eixo das PCAF, nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação (BRASIL, 2009, p.144).

Também é importante lembrar que a concepção de saúde como produção social aparece na Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006 e é reiterada neste documento em 2009, afirmando a complexidade do tema e, talvez, a dificuldade de apropriação dessa concepção nas práticas de saúde.

Outros aspectos conceituais são problematizados de forma crítica e contundente nas Diretrizes do NASF, aprofundando as análises realizadas por Carvalho (2006) na Revista Saúde da Família. Nas Diretrizes do NASF, o conceito de “atividade física”<sup>47</sup> é questionado como sinônimo de movimento, equiparação conceitual tradicional na área da saúde. Os autores do referido documento problematizam a limitação do termo ao focar apenas a dimensão fisiológica do ser humano, em geral, “biometricamente avaliado”. Neste sentido, acrescentam que “a concepção biológica de corpo parece não ser suficiente para responder às questões oriundas dos elementos determinantes da saúde [...]” (BRASIL, 2009, p.144).

Na tentativa de superar os limites conceituais apresentados, identificamos nas Diretrizes do NASF a apresentação de uma concepção de corpo no âmbito das PCAF:

O corpo cultural, repleto de símbolos e signos, que o torna único ao mesmo tempo em que lhe inclui na identidade de um determinado grupo ou coletivo social, como bem define a Antropologia, que afirma não existir natureza humana independente da cultura (BRASIL, 2009, p.144).

Apesar das perspectivas progressistas indicadas nas políticas públicas brasileiras e nos marcos legais que tratam das PCAF, observou-se em uma investigação com profissionais de Educação Física dos NASF de Londrina/PR que suas concepções se sustentam a partir de uma visão comportamental e biológica do processo saúde-doença, na qual as mudanças passam invariavelmente pela responsabilidade individual dos sujeitos pela sua saúde (MENDONÇA, 2012).

Para o autor, o trabalho do profissional de Educação Física nos NASF reflete as dificuldades do processo formativo com ênfase, de forma geral, na dimensão biológica dos sujeitos em detrimento de análises que considerem os aspectos filosóficos, históricos e sociais da relação entre atividade física e saúde. Na

---

<sup>47</sup> No texto esse conceito é definido em sua acepção clássica como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que produza gasto energético acima dos níveis de repouso, recomendação quase universalmente preconizada por diversas organizações, governos e centros de pesquisa (BRASIL, 2009).

investigação com profissionais de Educação Física dos NASF de Londrina/PR foi observado que a maioria das ações realizadas tem como objetivo o aprimoramento das capacidades físicas e a repetição dos movimentos, “[...] sem que haja um espaço de criação, reflexão e contextualização das propostas” (MENDONÇA, 2012, p. 129).

Além das atividades com grupos, os profissionais de Educação Física dos NASF do norte do Paraná também realizavam “mini-palestras” sobre a “importância da prática da atividade física”. Entre as atividades “prescritas” estavam as atividades aeróbicas e exercícios resistidos, em menor proporção atividades de alongamento, coordenação motora e atividades lúdicas, com uso de materiais alternativos como pesos com garrafa pet e cabo de vassouras<sup>48</sup>. As atividades ocorriam de duas a três vezes por semana com aproximadamente uma hora de duração, sendo organizadas em partes, a saber: aquecimento, treinamento específico e relaxamento/alongamento. A maioria dos participantes eram mulheres e idosos, usualmente com alguma patologia. Os autores chamam atenção para que o trabalho nos NASF não tenha apenas um direcionamento “clínico”, lembrando que as ações não devem privilegiar apenas populações adoecidas (SOUZA; LOCH, 2011, p. 8-9).

Em uma pesquisa realizada com um profissional de Educação Física que trabalha na Academia Carioca<sup>49</sup> no município do Rio de Janeiro, foi identificado que o profissional de Educação Física, no contexto da Atenção Básica, faz uso de protocolos médicos-centrados em uma abordagem biológica e medicalizada. Nesse sentido, identificou-se a priorização dos atendimentos para grupos com hipertensão e diabetes, vinculados ao programa HIPERDIA. As dificuldades relatadas pelo profissional foram a grande demanda de trabalho e a falta de trabalhadores, as quais acarretaram “filas de espera” de usuários para participação nas atividades (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011).

Na perspectiva de superar essas limitações, os autores argumentam que o profissional de Educação Física na Academia Carioca pode contribuir para a

---

<sup>48</sup> Nas Diretrizes dos NASF, há um estímulo no planejamento de oficinas com as equipes de saúde da família e com a população com objetivo de construir materiais alternativos para utilização em algumas atividades. Neste sentido, há críticas quanto à vinculação que a grande mídia faz a necessidade de uso de equipamentos para a prática de atividade física (BRASIL, 2009).

<sup>49</sup> Em 2010, as Academias Cariocas foram criadas na cidade do Rio de Janeiro vinculadas às Clínicas de Saúde da Família. Em 2011 já tinham sido implantados 13 Academias Cariocas no município (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011).

produção de vínculo entre trabalhadores e usuários, com ações pautadas na perspectiva da promoção da saúde, com participação ativa e processual dos usuários (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011).

Para Pedrosa e Leal (2012), a inserção dos profissionais de Educação Física nos serviços públicos de saúde não pode enfatizar somente o tratamento e a prevenção de doenças por meio da prática regular de exercícios físicos, mas deve prescindir do trabalho coletivo na elaboração de projetos com coresponsabilidades com as equipes de ESF no atendimento aos usuários.

De acordo com Silva e Oliveira (2013), a Educação Física no SUS de Sobral/CE iniciou seu trabalho em 2000 a partir de um enfoque biologicista centrado ao campo dos exercícios físicos e restrito à revitalização de espaços, ao público idoso e ao enfretamento de algumas patologias. Contudo, na trajetória história de ressignificação da sua práxis profissional nesse contexto houve importantes avanços impulsionados, principalmente, pela formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família o que possibilitou a ampliação do trabalho com projetos ligados à saúde do trabalhador da ESF; à formação de “promotores sociais de práticas corporais”; a implementação de diversas práticas corporais em grupos sistemáticos; e a colaboração interprofissional no campo da saúde mental na Atenção Primária em Saúde. Entretanto, os autores salientam a necessidade de superação de ações centradas no núcleo específico da Educação Física ao estabelecer também ações transdisciplinares e intersetoriais, assim como relativa apropriação de conhecimentos sobre gestão e controle social.

Nas Diretrizes do NASF, os autores indicam como princípios que orientam a atuação profissional “[...] a compreensão e contextualização histórica dos fenômenos, conceitos e determinações que envolvem a prática de atividade física na contemporaneidade [...] todas imbricadas nas relações sociais”. Recomendam que os profissionais de Educação Física valorizem as manifestações da cultura corporal em um contexto de “formação crítica do sujeito, da família [...]”, os quais possam superar o “[...] aprisionamento técnico-pedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física” (BRASIL, 2009, p.144).

Ações “tradicionais” da área da Educação Física como “avaliação física e prescrição de exercícios” também foram mencionadas pontualmente no referido

documento, desde que não provoquem “filas” e/ou não demandem a maior parte do tempo do profissional (BRASIL, 2009, p. 149). Notou-se que esse elemento representou uma das dificuldades relatadas pelo profissional da Academia Carioca. O enfoque dos autores das Diretrizes do NASF parece estar nas ações coletivas, com grupos e junto com a equipe multiprofissional do que em ações individuais, ainda que estas não sejam descartadas, mas avaliadas junto com as equipes de saúde da família.

Nessa trilha, os autores chamam atenção nas Diretrizes do NASF para a definição do público alvo ou prioridade das ações, a qual deve considerar a análise de saúde do território realizada de forma conjunta com a equipe NASF e os trabalhadores da estratégia da Saúde da Família; a eleição de critérios que não excluam faixas etárias e/ou estigmatizem sujeitos por suas condições de saúde, por exemplo, diabéticos e/ou hipertensos; que favoreça o maior número de pessoas; que extrapolem os espaços de saúde, identificando lugares no território que expressem identidade do grupo e facilitem o acesso das pessoas às atividades. Neste contexto, destacamos a relevância do planejamento participativo das ações, dentre as quais se podem considerar, os desejos e aspirações dos sujeitos por meio de propostas de pertencimento coletivo e evitar imposição de ações/modelos (BRASIL, 2009).

No citado documento, o conceito de território é entendido como “elemento vivo e multidimensional, que deve ser captado e compreendido em todas as suas nuances” (BRASIL, 2009, p.151). Essa concepção foi muito difundida nos serviços públicos de saúde, em especial na Atenção Básica, apesar da compreensão limitada do conceito à dimensão gerencial e das dificuldades das equipes de saúde em concretizar processos de territorialização na realidade de trabalho. Considerando esta limitação, talvez os profissionais dos NASF possam colaborar em resgatar essa acepção ampliada, contribuindo para efetivar esse processo junto às equipes de ESF.

Avaliamos que há um especial desafio para a Educação Física em buscar integrar as ações no território com as áreas já consolidadas do esporte, lazer e da escola, assim como com os projetos mais recentes das Academias da Saúde e o Programa Saúde na Escola. Nas Diretrizes do NASF identificamos o favorecimento de ações intersetoriais, em especial, articuladas aos programas e projetos federais

de atividade física com foco em escolares com objetivo de evitar sobreposição de ações e potencializar as já existentes (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, as Diretrizes do NASF reconhecem a importância da promoção da saúde na construção das PCAF articulada à compreensão dos aspectos culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do “espaço-território”, valorizando a realidade local como “princípios da atuação profissional do NASF” para a construção de ações em saúde, em especial das PCAF (BRASIL, 2009, p.145).

Há, no mencionado documento, a reiterada alusão à promoção da saúde como perspectiva orientadora do trabalho a ser desenvolvido nos NASF. Com efeito, os autores salientam a diferença entre promoção da saúde e prevenção de doenças, como podemos verificar no trecho abaixo:

[...] promover significa fomentar, desenvolver algo que possibilite a escolha, a autonomia e a coresponsabilidade dos sujeitos envolvidos na construção coletiva de modos de viver melhor. Já a prevenção caracteriza-se por impedir que algo aconteça, não importando o momento (BRASIL, 2009, p.148).

Na pesquisa de Mendonça (2012, p.128) com profissionais de Educação Física que trabalhavam nos NASF em Londrina/PR foi identificada que há uma confusão conceitual entre promoção da saúde e prevenção de doenças. Vários profissionais apresentaram um entendimento de promoção da saúde “com base na responsabilidade individual”. O autor argumenta que esta concepção do processo saúde-doença está atrelada à disseminação dos estudos epidemiológicos e da concepção biológica desse processo. Com efeito, apenas um profissional, dos dez investigados, apresentou uma concepção de promoção da saúde considerada “ampliada”, segundo o autor, a partir das definições ensejadas pela Carta de Ottawa.

Apesar da pequena quantidade de produções acadêmicas sobre o trabalho do profissional de Educação Física nos NASF no país, observamos que em todas as pesquisas encontradas há debate em torno da necessidade de mudanças na formação acadêmica para qualificar, de uma forma geral, o trabalho na saúde pública, tema pouco abordado nos cursos de graduação. Contudo, os autores se posicionam de forma variada sobre a temática.

Para Pedrosa e Leal (2012, p. 249), é necessária uma análise da qualidade da formação profissional para atender ao perfil exigido para atuação nas novas estratégias de ação para a promoção da saúde e da aproximação dos profissionais que já atuam no setor. Os autores também chamam atenção para necessidade de análises mais profundas sobre a “atuação prática” e do estímulo para participação em eventos da área da saúde. Além disso, também problematizam as responsabilidades dos gestores em promover maior capacitação, informação e comunicação sobre políticas públicas de saúde.

De forma similar, Santos (2012b) salienta que a Educação Física possui pouca “experiência prática” nos serviços públicos de saúde e enfrenta o desafio na definição do seu papel profissional e das competências necessárias para atuação junto ao SUS. A autora também contextualiza algumas iniciativas do governo federal na indução de mudanças na formação dos profissionais da área da saúde, em nível de graduação e pós-graduação, como são os casos do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (Pet-Saúde) e as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

Souza e Loch (2011, p. 9), apesar de reconhecerem algumas mudanças na formação, atribuem algumas dificuldades relatadas pelos profissionais de Educação Física dos NASF do norte do Paraná à “[...] presença de currículos generalistas superficiais”. Tais currículos não sustentariam uma intervenção profissional sólida, pois formam “professores” para atuar na escola e “profissionais” para atuar fora deste ambiente. Com efeito, admitem que a formação para intervenção profissional na Saúde Pública ainda precisa ser consolidada e sugerem “[...] a divisão entre licenciatura e bacharelado como uma alternativa para melhor caracterizar o campo de intervenção para cada habilitação” (SOUZA; LOCH, 2011, p. 9).

Corroborando com Quint et al. (2005), Mendonça (2012) argumenta que os pressupostos da Saúde Coletiva e das teorias progressistas da Educação Física podem ampliar novos horizontes para o trato com o conhecimento e orientação da prática pedagógica em unidades de saúde da família. O autor propõe que os conhecimentos da Saúde Coletiva precisam ser incorporados na graduação como

tema “transversal com potencial transformador das práticas de educação física”, não somente no formato de uma disciplina (MENDONÇA, 2012, p.130).

De forma geral, consideramos que, apesar das poucas investigações sobre a implantação dos NASF no país, nos chama atenção o processo de precarização e flexibilização do trabalho, em especial, a partir da contratação dos profissionais pelas Organizações Sociais. Ademais, em um clima de insegurança no trabalho, os profissionais acabam buscando outros vínculos empregatícios que geram sobrecarga de trabalho e dificuldades na construção de projetos mais permanentes e duradouros. Esses elementos parecem ser fundamentais para considerarmos as determinações estruturais que impactam no trabalho, retomando, com mais mediações, a reflexão que ora fizemos sobre a função social da Educação Física na Saúde Pública.

Sobre essa questão, observamos a partir das pesquisas relatadas sobre a implantação dos NASF e da análise das suas Diretrizes que existem elementos importantes da realidade concreta de trabalho que devem ser considerados na problematização anunciada acima. Além das questões vinculadas à precarização e à flexibilização do trabalho, identificamos a reprodução dos conceitos hegemônicos do modelo biomédico na maioria das equipes de Saúde da Família e também nos profissionais de Educação Física. Ora, como uma proposta considerada de mudança de modelo tecnoassistencial, como é o caso da estratégia da Saúde da Família, irá se efetivar se os trabalhadores da saúde não tiverem uma formação sólida para compreender as relações sociais que determinam não só a condição de fragilidade da política social brasileira e o processo saúde-doença dos seres humanos, mas também de suas consciências sobre o mundo? Com efeito, tornam-se inócuas propostas que delegam exclusivamente aos próprios trabalhadores as mudanças necessárias.

Na totalidade da realidade social, os trabalhadores possuem autonomia relativa para provocar mudanças no seu trabalho, pois os elementos fundantes do modo de produção capitalista – divisão social do trabalho e a propriedade privada dos meios de produção (NETTO; BRAZ, 2010) - se mantêm intactos. Os profissionais de Educação Física enquanto parte da classe trabalhadora necessitam se apropriar desses conhecimentos para que seja possível ter uma ação crítica

sobre o mundo, individual e coletivamente, compreendendo também seus próprios limites para desencadear processos emancipatórios na vigência do modo de produção capitalista.

#### 4.3. A PRODUÇÃO ACADÊMICA SOBRE EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA

De forma geral, identificamos duas grandes tendências na produção do conhecimento sobre Educação Física e Saúde Pública. Uma delas abarcou a quantidade de 16 produções acadêmicas. Dessas pesquisas, sete (APÊNDICE G) apresentaram características bem definidas e próprias da tradição da área no trato com a saúde. As outras nove produções (APÊNDICE H) apresentaram características um pouco distintas da tradição da área, todavia parecem reproduzir seus fundamentos centrais a partir de novas terminologias como “promoção da saúde” e “educação em saúde”. Dada esta especificidade, avaliamos a pertinência de apresentá-las separadamente da tendência anterior, embora pudessem compô-la. E a outra tendência, representada por quatro produções acadêmicas (APÊNDICE I) se aproxima dos referenciais críticos da Educação Física, com influência das ciências sociais e humanas em saúde e/ou da Saúde Coletiva.

Com relação à primeira grande tendência, observamos que a maioria dos pesquisadores é graduada em Educação Física (cinco) e apenas dois têm formações iniciais em outras áreas de conhecimento, como medicina (LIMA, 2010) e fisioterapia (LOPES, 2008). Essas produções acadêmicas foram desenvolvidas, na sua maioria, no sudeste (duas na capital de São Paulo, uma em Franca/SP e outra em Ourinhos/SP), uma pesquisa no centro-oeste (Brasília/DF) e duas no nordeste (Jequié/BA e Fortaleza/CE).

No conjunto das produções analisadas, identificamos no nível técnico, o uso de protocolos padronizados como instrumentos de coleta de dados (SALVADOR, 2008; SILVA, 2008), assim como avaliações antropométricas e testes para mensurar as “capacidades motoras” ou “desempenho físico” (PULCINELLI, 2010; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008; SILVA, 2008). Também foram identificados uso de avaliações médicas, teste ergoespirométrico (LIMA, 2010), aferições clínicas (LOPES, 2008) e coletas de sangue (SILVA, 2007). Apenas em uma pesquisa foi utilizada entrevista,

associada a outros instrumentos, como recurso de coleta de dados (VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Dessas produções acadêmicas analisadas, em quatro foram implementados programas denominados de “treinamento”, dois intitulados de “exercício físico” e um de “condicionamento físico misto”. Todos os pesquisadores utilizaram análise estatística para tratamento dos dados.

A população estudada refere-se a idosos (VIRTUOSO JÚNIOR, 2008; SALVADOR, 2008; SILVA, 2008), sendo um estudo com pessoas acima de 50 anos. Também foram estudados pessoas com hipertensão arterial e doenças relacionadas, como é o caso da doença de chagas (LOPES, 2008); pessoas com obesidade (LIMA, 2010); pessoas com diabetes (SILVA, 2007) e pessoas com esquizofrenia ou com transtornos afetivos de humor (PULCINELLI, 2010). Identificamos pesquisas que também utilizaram recortes ou mediações de gênero e geração (ciclo de vida), isto é, dois estudos com mulheres (VIRTUOSO JÚNIOR, 2008; SILVA, 2008) e uma pesquisa com adolescentes (LIMA, 2010).

Observamos que os trabalhos analisados têm priorizado investigações com grupos populacionais considerados de “risco”, justificando suas pesquisas como problema de saúde pública, seja pela prevalência de determinadas doenças, notoriamente as não-transmissíveis (LIMA, 2010; SILVA, 2007) ou pela tendência do aumento demográfico de determinadas populações, no caso dos estudos com idosos. Assim, a atividade física ou exercício físico são “comprovados” como umas das principais estratégias para tratamento, controle ou prevenção de agravos e doenças. Nesse sentido, a prática regular de atividade física e exercício físico é entendida como “conduta terapêutica”, “medidas não farmacológicas de mudanças de hábito de vida”, “procedimento incorporado nas condutas de prevenção e controle da doença”, para citar alguns exemplos de termos e expressões que caracterizam esse grupo de produções em análise.

Ainda sobre os grupos populacionais estudados, as investigações com idosos utilizaram concepções de saúde-doença e qualidade de vida, vinculadas à ideia de “autonomia funcional”, muito próxima das noções de “eficiência” e “desempenho” atribuída a melhora das valências físicas ou aptidão física.

Além desses elementos já apontados sobre os sujeitos participantes das pesquisas analisadas, acrescentamos que essas pessoas são usuárias do Sistema

Único de Saúde e/ou participantes de grupos de convivência, clube social e programas de atividade física em unidades de saúde, centro de especialidade e hospitais. Além de uma abrangência interessante das investigações nos níveis de complexidade do SUS, há, em alguns trabalhos, um reconhecimento da necessidade de estudos com populações de baixa renda e de subsídios para formulação de estratégias para planejamento de políticas públicas de saúde.

No entanto, na maioria das produções analisadas faltam elementos sobre a compreensão da política pública de saúde brasileira e do papel da Educação Física neste âmbito. Tais conhecimentos parecem ser fundamentais para a criação e implementação de programas e projetos de Educação Física de forma mais duradoura, o que evitaria, a transposição mecânica e descontextualizada de programas “tradicionais”, em geral, elaborados no contexto da iniciativa privada.

Em se tratando dos objetivos propostos pelas pesquisas da tendência estudada identificamos que há especial atenção na avaliação de indicadores da aptidão física e dos efeitos da atividade física ou exercício físico em componentes clínicos de natureza biológica, relacionados às doenças (PULCINELLI, 2010; LOPES, 2008; SILVA, 2008; SILVA, 2007). Os estudos também buscaram estabelecer normas e instrumentos para avaliação (LIMA, 2010; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Nesse grupo, uma das investigações estudou a associação entre atividade física e variáveis ambientais (SALVADOR, 2008).

Após análise dos resultados apresentados nas produções acadêmicas levantadas verificamos que a sua maioria tinha como objetivo mostrar efeitos positivos dos exercícios físicos nos aspectos anatômicos e fisiológicos dos sujeitos visando tratamento ou prevenção de agravos ou doenças, como mencionado anteriormente. Nesses estudos, observou-se redução de pressão arterial e frequência cardíaca em mulheres com e sem doenças de chagas (LOPES, 2008); redução do excesso de peso e melhora do condicionamento aeróbio de adolescentes obesos (LIMA, 2010); influência positiva nas variáveis de força de preensão manual, força abdominal, força dos membros superiores, com exceção das variáveis de flexibilidade e  $VO_2$  máx (SILVA, 2008).

Adicionalmente à apresentação dos resultados com base nos efeitos do exercício físico, a investigação de Salvador (2008, p. 69) concluiu que o

recebimento de convite de amigos para a prática de atividade física, presença de parques, boa iluminação, calçada, presença de igrejas e templos religiosos e farmácias na proximidade das residências

assim como, uma boa organização do tráfego de automóveis (trânsito) foram associadas com alguma prática de atividade física como forma de locomoção ou de lazer (10 a 150 minutos por semana). Apenas um estudo (VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) apontou a complexidade que envolve estudos sobre saúde-doença, ainda que em uma abordagem prescritiva e de funcionalidade da atividade física.

Ainda na trilha dos resultados, identificamos em dois estudos a impossibilidade de comprovar relação de causalidade entre as variáveis estudadas ou insuficiência de dados para inferir sobre melhora de alguma atividade clínica. Em um dos estudos, o autor concluiu que

não foi possível comprovar à luz do método científico a relação de causa e efeito entre o aprimoramento dos componentes da aptidão física e uma redução concomitante dos sintomas auto-relatados de depressão (PULCINELLI, 2010, p. 75).

É também o caso do trabalho de Silva (2007, p.119) que considera que

nossos achados, por si só, não nos permitem concluir plenamente sobre uma possível melhora da atividade imunológica, o que seria mensurada pela ativação dessas células frente a uma condição inflamatória/infecciosa.

De forma similar, em uma pesquisa realizada sobre a produção do conhecimento relacionada à Educação Física e SUS, no âmbito da pós-graduação no Brasil, no período de 1998 a 2008, identificou-se uma tendência dominante, a qual a autora intitulou de “Educação Física e Clínica”. Assim como em nossa investigação, nessa tendência predominaram-se produções de cunho teórico-metodológico biológico e curativista, amparado no modelo biomédico, com enfoque na prescrição de exercícios para melhora da saúde (CAVALLI, 2009). De acordo com a autora, esses elementos constituem de forma hegemônica o processo de formação dos profissionais da saúde e da Educação Física com poucas discussões sobre a determinação social do processo saúde-doença.

Essa tendência não contribui para ampliação do conhecimento sobre o mundo, por vezes reconhece a saúde-doença como problema multifatorial, contudo enfatiza em suas propostas mudanças comportamentais no sentido de adaptar os indivíduos a essa sociedade sem nenhuma intencionalidade crítica. Por se tratar de um enfoque teórico-metodológico funcional à manutenção do modo como

produzimos nossa existência, conserva-se sem transformação e com aumento quantitativo de produções na atualidade<sup>50</sup>.

Dada a proximidade analítica dessa tendência com os achados da nossa pesquisa, ressaltam-se, segundo a autora, os pressupostos centrais desta tendência:

Entre suas principais características destaca-se a preocupação com a assistência curativa e preventiva das doenças, focando em ações prescritivas de atividade física para grupos específicos de patologia, tendo como veículo de prevenção de doenças o estímulo à prática de atividades físicas ou exercícios físicos para adoção de um estilo de vida ativo. Apresenta forte tendência comportamentalista, tecnicista e voltada ao indivíduo para a resolução de problemas de saúde que muitas vezes ficam restritas ao enfoque biológico [...] (CAVALLI, 2009, p. 50).

Cavalli (2009, p. 55) também identificou uma tendência em transição, a qual intitulou de “Educação Física e Saúde Pública”. Parece haver nesta tendência uma tentativa de romper com a abordagem limitada do processo saúde-doença, todavia [...] “na prática, ainda há certa confusão quanto aos procedimentos a serem utilizados, a metodologia, os objetivos e análise dos resultados mantendo forte tendência comportamentalista, tecnicista e biologicista”.

Em nossa pesquisa também se observaram esses elementos e, conforme se indicou na introdução deste texto, compreendemos que as produções com essas características constituíam a tendência representada por estudos tradicionais da área no trato com a saúde, principalmente por reproduzirem seus fundamentos centrais. Se compararmos o período histórico da pesquisa de Cavalli (2009) e dessa pesquisa realizada em 2011, nota-se um aumento significativo da produção nesta tendência<sup>51</sup>, pelos mesmos argumentos indicados anteriormente, em especial se considerarmos a influência de outras áreas do conhecimento.

---

<sup>50</sup> Na pesquisa de Cavalli (2009) foram identificadas três produções na tendência denominada de “Educação Física e Clínica”. A pesquisa de Coutinho (2005) foi estudada tanto pela aludida autora como em nossa investigação. Na pesquisa da autora essa produção foi vinculada à tendência “Educação Física e Clínica”, entretanto em nossa pesquisa foi compreendida como mais próxima das produções sobre promoção da saúde e educação e saúde, apesar dessa reproduzir os fundamentos centrais da tendência dominante.

<sup>51</sup> Na pesquisa de Cavalli (2009) foram identificadas três produções vinculadas à tendência denominada pela autora de “Educação Física e Saúde Pública”. Importante considerar que a pesquisa de ACOSTA (2005) analisada nessa tendência por Cavalli (2009) também foi investigada pela nossa pesquisa.

A tendência anunciada é composta por outras nove produções, as quais foram produzidas por pesquisadores com formações variadas. Cinco pesquisadores possuem graduação em Educação Física (ACOSTA, 2005; COUTINHO, 2005; VALES, 2006; VALLIM, 2005; KUHNEN, 2008), dois em fisioterapia (BILHARINHO JÚNIOR, 2010; DALCASTEL, 2006), outro em nutrição (GOMES, 2007) e um em serviço social (ALBUQUERQUE, 2005). A maioria dos estudos foi realizada na região sudeste (dois em São Paulo, um em Campinas/SP, um em São José dos Campos/SP e um em Amparo/SP), três na região sul (um em Florianópolis/SC, um no Rio Grande/RS e um no Estado do Paraná) e um na região nordeste (Fortaleza/CE).

Na análise dessas produções observamos três investigações do tipo descritivo, onde prevalecem diferentes instrumentos de coleta de dados. Dalcastel (2006) usou entrevista, Vales (2006) utilizou questionário e subdivisão dos sujeitos em dois grupos (participantes e não participantes de um projeto de caminhada) e Kuhnen (2008) fundamentou-se nos estudos de intervenção quase experimental e utilizou “cadernos de campos”, cadastro com informações socioeconômicas e condições de saúde, testes motores (aptidão funcional) e questionários padronizados (seis questões do questionário WHOQOL 100 da Organização Mundial da Saúde e uso do questionário Internacional de Atividades Físicas – IPAQ – adaptado para população estudada). Vallim (2005) realizou um estudo comparativo, observacional como parte de um ensaio clínico controlado e aleatorizado, utilizando questionários, inclusive WHOQOL-bref.

Dois investigações se caracterizaram como do tipo exploratória. Gomes (2007) realizou um estudo transversal utilizando-se de dados de um inquérito domiciliar, questionários padronizados, entrevista domiciliar e medidas antropométricas como Índice de Massa Corporal (IMC) e a circunferência da cintura (para avaliar estado nutricional). Albuquerque (2005) realizou um estudo prospectivo, com “abordagens quantitativas e qualitativas”, entrevista do tipo história oral, diário de campo, observação participante, grupo focal e questionários padronizados como o WHOQOL-bref e *Medical Outcomes Study Short-form Health Survey* (SF-36).

Acosta (2005) caracterizou seu estudo como “pesquisa de corte transversal orientada por caráter descritivo-exploratório e analítico-quantitativo” e utilizou como instrumentos de coleta de dados observação e questionário.

Duas pesquisas foram denominadas de qualitativas (COUTINHO, 2005; BILHARINHO JÚNIOR, 2010), com uso de entrevista e questionário como instrumentos de coleta de dados. Bilharinho Júnior (2010) também utilizou, além dos instrumentos citados anteriormente, análise de documentos e dados quantitativos (em uma perspectiva quali-quantitativa).

De maneira geral, houve um predomínio de análises estatísticas nas pesquisas (ACOSTA, 2005; ALBUQUERQUE, 2005; VALLIM, 2005; DALCASTEL, 2006; GOMES, 2007; KUHNEN, 2008). Em uma pesquisa, além da análise estatística, houve também o uso de análises de conteúdo e temática (ALBUQUERQUE, 2005). Em uma pesquisa foi utilizado a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (COUTINHO, 2005). E em duas pesquisas não foi possível identificar como foram realizadas as análises. Em uma delas apenas foi indicado que “Para análise das questões fechadas dos questionários [...] foram construídos tabelas, gráficos, quadros [...] quanto às questões abertas, as respostas consideradas mais significativas foram transcritas literalmente no trabalho” (BILHARINHO JÚNIOR, 2010, p.97). E na outra foi mencionado que “os dados qualitativos foram analisados através do estudo dos conceitos apresentados” (VALES, 2006, p.43).

De acordo com o exposto, é possível identificar uso variado de instrumentos de coleta de dados, numa perspectiva de investigações do tipo “quali-quantitativo”, com predomínio de uso de questionários padronizados, em especial o WHOQOL. Talvez, essa estratégia possa ser parte de uma tentativa de abarcar a maior quantidade de dados possível sobre os objetos de estudo. Contudo, com o predomínio de análises estatísticas, o que se pode observar é uma quantificação dos dados qualitativos e de um tratamento analítico que se mostra pouco rigoroso desses dados.

No conjunto dessas produções, identificamos uma variedade de grupos populacionais com e sem patologia associada e recortes, principalmente de gênero e ciclo de vida, para delimitar os objetos de estudo. Também se encontrou três

pesquisas realizadas com profissionais de saúde (ACOSTA, 2005), gestores (COUTINHO, 2005) e com usuários (BILHARINHO JÚNIOR, 2010).

Assim, dois estudos foram realizados com idosos (KUHLEN, 2008; ALBUQUERQUE, 2005) onde se utilizou recorte de ciclo de vida para delimitar os sujeitos investigados. Duas pesquisas foram realizadas com pessoas com hipertensão (VALES, 2006; DALCASTEL, 2006), na qual uma delas também mostra recortes de gênero e ciclo de vida, no caso mulheres com 35 a 65 anos (VALES, 2006). Gomes (2007), também utilizou os mesmos recortes (gênero e ciclo de vida), no entanto focou em mulheres de 20 a 50 anos sem patologia associada.

Também foi encontrado um estudo com gestantes (VALLIM, 2005) cuja seleção ocorreu a partir dos seguintes critérios: mulheres sedentárias, com idade gestacional inferior a 20 semanas na admissão do estudo, sendo acompanhada por um serviço público de saúde e com a pretensão de ter o parto no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, vinculado a uma Universidade.

Acosta (2005) investigou as equipes da estratégia da Saúde da Família e Coutinho (2005) entrevistou os secretários de saúde e profissionais responsáveis pela atividade física. Bilharinho Júnior (2010) investigou trabalhadores, gestores e usuários de um serviço de saúde, do qual foram selecionados 50 usuários, com idade entre 30 e 50 anos, que realizavam regularmente a prática corporal analisada, o mínimo de 75%.

Identificamos que a maioria das pesquisas desta tendência foi realizada em algum programa de atividade física ou exercício físico desenvolvido no serviço público de saúde ou em “ligas” – normalmente acadêmicas –, com exceção de um estudo (GOMES, 2007). Observamos que, diferente da tendência anterior, as pesquisas tiveram como objetivo investigar representações e apreensão de conceitos, por exemplo, analisando percepções, processo de institucionalização de uma prática corporal sob a ótica dos sujeitos envolvidos, conceitos de saúde, grau de conhecimento e experiência prática em relação ao exercício (VALES, 2006; DALCASTEL, 2006; BILHARINHO JÚNIOR, 2010). Os estudos também buscaram compreender e analisar concepções, percepções de profissionais (ACOSTA, 2005) e/ou gestores (COUTINHO, 2005), principalmente, sobre atividade física. Kuhlen

(2008) analisou as condições de saúde de participantes de um programa de exercícios físicos.

Cabe destacar, entretanto que, estes elementos aparecem, na maioria das vezes, atrelados à verificação de se os sujeitos investigados alcançaram um “estilo de vida fisicamente ativo e saudável”. Nesta trilha, duas pesquisas buscaram, dentre outros elementos, avaliar a qualidade de vida de participantes de programa de exercício físico (VALLIM, 2005) e de grupos multidisciplinares (ALBUQUERQUE, 2005). Gomes (2007) analisou a situação alimentar, nutricional e de atividade física dos sujeitos investigados e identificou obstáculos e oportunidades para planejamento e ações locais de acordo com um Guia oficial.

Os pesquisadores deste grupo realizaram seus estudos, em sua maioria, na Atenção Básica (ACOSTA, 2005; COUTINHO, 2005; VALES, 2006; KUHNEN, 2008, ALBUQUERQUE, 2005, BILHARINHO JÚNIOR, 2010; GOMES, 2007), desses, quatro vincularam suas pesquisas com a estratégia da Saúde da Família. Três estudos (DALCASTEL, 2006; VALLIM, 2005, ALBUQUERQUE, 2005) foram realizados na alta complexidade, sendo dois desses em hospitais vinculados a Universidades. Notamos que a maioria das pesquisas destaca em suas produções a necessidade do vínculo dos sujeitos pesquisados como usuários do SUS, o que pode demonstrar, em princípio, a preocupação dos pesquisadores em implantar, desenvolver e analisar programas para esse grupo populacional considerando suas especificidades e necessidades em saúde.

Quanto aos principais resultados, para Coutinho (2005), os gestores investigados possuem uma compreensão restrita sobre promoção da saúde, a partir do conceito de saúde como ausência de doença. No entanto, entendem que a atividade física pode trazer benefícios além dos biológicos, apesar do enfoque preventivista no tratamento das doenças não-transmissíveis. Já Acosta (2005) identificou que os profissionais de saúde estudados possuem conceitos prévios sobre saúde, ambiente e atividade física, mas ainda enraizados em uma concepção de natureza biológica. Tanto Coutinho (2005) como Acosta (2005), ressaltam a necessidade de valorização da Educação Física, ora desmistificando conceitos, ora incorporando estratégias ampliadas e sistematizadas colaborando com a construção no SUS.

Bilharinho Júnior (2010) aponta a importância do *Lian Gong* como prática de promoção da saúde na melhoria de aspectos físico, mental e social. O autor também salienta que a gestão municipal criou condições para que tal atividade pudesse ser desenvolvida sistematicamente nas unidades de saúde, com comprometimento dos profissionais e adesão dos usuários.

Gomes (2007) identificou que as mulheres pesquisadas não se aproximavam das recomendações sobre alimentação, estado nutricional e atividade física do Guia alimentar da população brasileira. A autora ponderou que entre os obstáculos para esse distanciamento estão os aspectos “sócio-econômicos-culturais” e o lugar que ocupa essa temática na agenda mundial e nacional da Saúde Pública, além de reconhecer a complexidade dos conceitos de saúde e promoção da saúde com enfoque integrado e articulado dos referidos objetos de estudo.

Para Albuquerque (2005), houve diferença significativa no domínio físico em um dos grupos estudados e do estado geral da saúde em ambos os programas pesquisados. Os dados qualitativos sugerem que os idosos valorizam o envelhecimento ativo e a independência. A autora salienta que os programas estudados devem servir de referência (modelo didático-assistenciais de atenção ao idoso) para o serviço de saúde e para ações da Política Nacional do Idoso e da OMS. A autora também problematiza elementos ligados a países como o Brasil, com aposentadorias irrisórias, sistema de saúde inoperante, necessidade mudança cultural com relação à positividade sobre o envelhecimento.

Para Kuhnen (2008), as variáveis de coordenação, agilidade, resistência de força e aeróbica contribuíram para Índice de aptidão funcional geral. Interessante observar que apesar de 89,3% dos idosos investigados possuírem doenças, 48,1% se consideram satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde atual. Aqueles que utilizavam mais medicamentos (mais de quatro medicamentos por dia) estavam mais insatisfeitos com saúde e eram menos ativos. Em média os idosos utilizavam mais de dois medicamentos por dia. Com a implantação do programa foi constatado a diminuição do número de consultas. Importante observar que 79,5% dos idosos foram identificados como mais ativos, mesmo antes de participarem do programa.

Vallim (2005) não encontrou associação entre a prática de exercício físico aquático e a qualidade de vida na gestação. Contudo, a pesquisadora identificou que as mulheres que participaram da hidroginástica apresentaram uma percepção mais crítica das consultas de pré-natal. Ademais, a pesquisadora ressalta que houve “altos escores nos diferentes domínios de avaliação da qualidade de vida, o que poderia não ser esperado em um grupo de mulheres que recorre ao serviço público de saúde” (VALLIM, 2005, p. 55).

De forma similar, Vales (2006) identificou nos sujeitos pesquisados um nível “reduzido e irregular” de atividade física habitual e um baixo nível de escolaridade, apesar desses possuírem conhecimento sobre os benefícios de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável. O autor ressalta que as usuárias se encontram em estágio de contemplação e preparação para mudança de comportamento e que, portanto, o projeto de atividade física investigado não foi eficaz. Argumenta que a falta de interesse pessoal e desejo de mudança parecem estar atrelados a um ambiente desestimulante. Ainda assim o autor considera que projetos dessa natureza devem ser amplamente difundidos nos serviços de saúde, pois a atividade física mesmo que fora das recomendações traz benefícios. De forma semelhante, Dalcastel (2006) identificou que o Modelo de Estágios de Mudança Comportamental contribui para identificar características do grupo permitindo encorajamento da adesão das pessoas pesquisadas aos exercícios físicos. A motivação para mudança por meio da ação grupal mostrou-se de extrema importância, nesse sentido o autor sugere continuidade do projeto a partir dos pressupostos da “educação em saúde”, conduzindo os sujeitos à adoção de hábitos saudáveis.

Assim como Cavalli (2009) observamos nessas pesquisas uma aproximação com o referencial da promoção da saúde proposto na Carta de Ottawa, documento resultante da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986, e uma tentativa de apropriação dos princípios e diretrizes que orientam o SUS, contudo se conservam os fundamentos centrais da tendência hegemônica da área. Nesse sentido destacamos o uso de questionários padronizados e da análise estatística para o tratamento dos dados.

Embora alguns pesquisadores anunciem críticas à perspectiva dominante no trato com a saúde, há uma predominância de estudos fundamentados no Informe

Lalonde<sup>52</sup> com destaque para o comportamento e estilo de vida dos indivíduos. Cavalli (2009, p.55) avalia que apesar desse documento ter uma importância histórica na Saúde Pública, as ações foram pautadas nos “fatores particulares” em detrimento dos “fatores gerais” da determinação do processo saúde-doença. Com efeito, a ênfase se deu no ambiente, estilo de vida e biologia humana desarticulados da organização dos serviços de saúde, proposta no aludido documento.

A outra grande tendência mencionada na introdução deste texto está representada por quatro produções, as quais estão fundamentadas em uma perspectiva crítica de Educação Física. Todos os pesquisadores possuem formação acadêmica em Educação Física. Os estudos foram realizados nas regiões sudeste (um na cidade de São Paulo, um em Santo André/SP e um em Campinas/SP) e sul (um em Porto Alegre/RS).

Os pesquisadores desta tendência denominaram suas investigações a partir da abordagem “qualitativa”. Os trabalhos tiveram como referência as elaborações de Maria Cecília Minayo, cujas obras são significativas e tidas como referências da pesquisa social em saúde.

Os pesquisadores utilizaram como instrumentos de coleta de dados: observação (MARCONDES, 2007; WARSCHAUER, 2008), diário de campo (MARCONDES, 2007), grupo focal (VICENTIM, 2008), entrevista (MARCONDES, 2007; WARSCHAUER, 2008). Um estudo utilizou como estratégia metodológica a cartografia (WACHS, 2008). Para análise dos dados utilizou-se, principalmente, técnicas ligadas à análise de conteúdo ou discurso, como por exemplo, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (VICENTIM, 2008), análise de conteúdo na modalidade temática (MARCONDES, 2007) e a combinação da análise temática e dos sujeitos (WARSCHAUER, 2008).

No conjunto das produções estudadas, identificamos que não há um predomínio na definição do grupo populacional por características de gênero, idade ou patologia. Por exemplo, Marcondes (2007) utilizou “formação aberta” para seleção dos usuários, com inclusão de sujeitos durante todo o processo de investigação. Nesse sentido, observamos que as pesquisas desse grupo tiveram

---

<sup>52</sup> Como apontado nesse texto, o relatório do ministro canadense Lalonde foi elaborado e publicado em 1974, no qual se questionava os custos e as melhorias de indicadores de saúde, problematizando o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde.

como foco muito mais a observação e/ou implementação de intervenções com usuários do serviço de saúde e/ou estudos com profissionais de saúde e/ou gestores do que o efeito de determinado exercício físico ou atividade física. Wachs (2008) observou as atividades coordenadas por professores de Educação Física e Warschauer (2008) entrevistou participantes e gestores do projeto Lazer e Saúde. Ademais, Vicentim (2008) estudou a atividade física no cotidiano de segmentos populacionais do complexo São Marcos em Campinas/SP.

Com relação aos objetivos, os estudos buscaram compreender e analisar concepções, percepções e práticas de usuários (VICENTIN, 2008), principalmente, sobre atividade física, assim como, gerar reflexões e sentidos por meio da observação e/ou implementação de intervenções nos serviços de saúde (MARCONDES, 2007; WACHS, 2008, WARSCHAUER, 2008).

Nessa perspectiva, identificamos que uma pesquisa teve como *locus* de investigação a atenção primária em saúde (ou atenção básica) e outra foi realizada na média complexidade (CAPS – Centro de Apoio Psicossocial). Duas pesquisas possuíam um recorte mais amplo no serviço público de saúde.

Nessas produções acadêmicas, também se identificou o uso do termo Educação Física e práticas corporais, ainda que uma delas (VICENTIN, 2008) tenha utilizado o termo atividade física. No entanto, destacamos a busca por denominações que talvez ensejem extrapolar os conceitos hegemônicos de atividade física, aptidão física ou exercício físico haja vista os objetivos traçados nos estudos. Nesse sentido, esses elementos apontam outras concepções de Educação Física e saúde, ou pelo menos buscar-se-iam criar, desenvolver e implementar propostas a partir de outras perspectivas.

Nesse contexto, a maioria das pesquisas tratou da construção histórica do SUS, evidenciando as necessidades e problemas da assistência em saúde brasileira e a reflexão crítica sobre o papel da Educação Física nesse contexto. Dois estudos destacaram o uso de referenciais da área da Saúde Coletiva (MARCONDES, 2007; WARSCHAUER, 2008).

Como resultados principais, identificamos, por exemplo, no estudo de Vicentim (2008) que apesar do conhecimento sobre a importância da atividade física pela população estudada existe a priorização desse grupo em atender às suas condições

básicas de saúde, como moradia e alimentação. Ainda com relação aos resultados, nos outros três estudos, identificamos que há uma especial relevância da dinâmica da instituição na qual está sendo realizado o estudo, seja por meio da intersectorialidade (WARSCHAUER, 2008) ou do uso de estratégias de aproximação e sensibilização das práticas corporais para trabalhadores e gestores do serviço de saúde (MARCONDES, 2007).

Para Warschauer (2008) a Educação Física pode assumir um papel protagonista na pesquisa e na intervenção no processo de saúde-doença. Na mesma perspectiva, Wachs (2008) acrescenta que a Educação Física pode mobilizar outras formas de organizar o cuidado em saúde mental. Marcondes (2007, p.160-162) conclui que as práticas corporais poderiam ser compreendidas como “um espaço de experimentação e familiarização do usuário com seu corpo” e que “o trabalho em saúde deva ser fruto de um movimento crítico e reflexivo permanente sobre os meios, conteúdos e estratégias empregadas na *ação terapêutica*, na produção da prática de saúde”.

Na pesquisa de Cavalli (2009) há uma tendência denominada pela autora de “Educação Física e Saúde Coletiva”, na qual as produções buscaram incorporar uma visão ampliada do processo saúde-doença a partir de uma abordagem de saúde como produção social. Entretanto, a autora chama atenção para modo sincrético com a qual essa tendência mantém alguns elementos com a tendência “Educação Física e Saúde Pública”, em especial a partir do conceito de participação social. Comparativamente com os achados de Cavalli (2009), temporalmente essa tendência parece manter um mesmo quantitativo de produções. Todavia se considerarmos que três estudos (MARCONDES, 2007; VICENTIM, 2008; WARSCHAUER, 2008) foram analisados em ambas as pesquisas, então se tem o acréscimo de apenas uma produção nesta tendência.

Assim como nas outras tendências, identificamos elementos muito próximos da pesquisa de Cavalli (2009), com destaque para aproximações com o campo da Saúde Coletiva e pesquisa social em saúde. Nesse sentido, os autores trataram da construção histórica do SUS propondo reflexões críticas sobre a Educação Física nesse contexto. Eles também privilegiaram em suas pesquisas técnicas de coleta de dados “qualitativas” com o intuito de compreender os significados e

intencionalidades dos sujeitos investigados sobre saúde-doença e Educação Física no SUS.

De maneira geral, identificamos que das 20 produções analisadas 16 reproduziram o trato hegemônico da Educação Física com a saúde a partir de bases teórico-metodológica biologicista, curativista e comportamental, embora por vezes reconhecendo o caráter multifatorial do processo saúde-doença. É importante ressaltar que desse quantitativo de 16 produções, mais da metade delas (9) anunciaram uma tentativa de crítica a essa hegemonia a partir dos conceitos de promoção da saúde e educação em saúde, assim como da busca de apropriação dos princípios do SUS. No entanto, por conservarem os fundamentos centrais da tendência hegemônica essas tentativas de apropriação e crítica se tornaram apenas novas terminologias e roupagens a um velho discurso. Esse “novo” que conserva os limites do “velho” vem dando impulso a tendência hegemônica, especialmente sob influência de outras áreas do conhecimento, as quais representam 4 produções das 9 citadas. Observamos também uma tendência crítica no campo da Educação Física que se aproxima da compreensão da saúde-doença a partir da Saúde Coletiva e da pesquisa social em saúde, a qual vem problematizando o papel da Educação Física no campo social da saúde.

## **5. A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM GOIÂNIA/GO**

Neste capítulo, apresentamos o perfil sócio-profissional das equipes e gestores do NASF, assim como alguns dados sobre a análise do processo de implantação e organização do trabalho do NASF em Goiânia. Salientamos que os dados essenciais sobre a descrição do campo de estudo já foram citados no capítulo “caminhos teórico-metodológicos da pesquisa”, contudo retomamos alguns elementos com mais riqueza de detalhes, pois nos parece terem dado certa particularidade ao trabalho do NASF em Goiânia.

Na sequência do texto, problematizamos os principais resultados da pesquisa de campo buscando dialogar com referencial teórico e as categorias teóricas analisadas, em especial, a política de educação permanente, o apoio matricial e a interdisciplinaridade. Nessa perspectiva, analisamos a condição de trabalho do NASF e a gestão dos serviços públicos de saúde; as equipes de estratégia da Saúde da Família (ESF) e a proposta de trabalho do NASF; a construção do trabalho interdisciplinar; e o trabalho do NASF e as contribuições da Educação Física.

Um dos objetivos da nossa investigação foi o de identificar o perfil sócio-profissional da equipe multiprofissional do NASF e dos gestores. Como já informado, foram investigados todos os profissionais do NASF e três gestores, totalizando 21 sujeitos<sup>53</sup>. Na tabela 2 estão apresentados os dados pessoais da equipe NASF e dos gestores.

---

<sup>53</sup> Salientamos que os dados sobre o perfil sócio-profissional se referem a Julho de 2012, quando foi aplicado o questionário com os profissionais.

Tabela 2 – Dados pessoais da equipe e dos gestores do NASF em Goiânia.

TOTAL GERAL 21	Sexo		Estado Civil			Idade (anos)						
	Masculino	Feminino	Solteiro	Casado	Divorciado	20 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55
Ed. Física	3	0	1	2	0	0	0	2	1	0	0	0
Farmácia	1	3	3	1	0	0	2	2	0	0	0	0
Medicina	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Nutrição	0	4	0	4	0	0	0	1	2	0	1	0
Psicologia	1	5	2	3	1	0	1	1	1	0	1	2
Serviço Social	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
<b>n</b>	<b>5</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>Percentual</b>	<b>23,8%</b>	<b>76,2%</b>	<b>33,3%</b>	<b>61,9%</b>	<b>4,8%</b>	<b>0,0%</b>	<b>14,3%</b>	<b>28,6%</b>	<b>19,0%</b>	<b>4,8%</b>	<b>9,5%</b>	<b>23,8%</b>

De acordo com os dados da tabela 2, podemos identificar que 76,2% dos profissionais investigados são do sexo feminino e 61,9% encontram-se casado. A idade dos profissionais é diversificada, com um quantitativo interessante de profissionais que se encontram na faixa etária de 51 a 55 anos, incluindo um gestor. Além desses elementos, identificamos que dois terços dos trabalhadores possuem filhos. Da totalidade dos profissionais, 16 nasceram no estado de Goiás, desses onze na cidade de Goiânia, e ainda três em Minas Gerais, um no Paraná e um em São Paulo.

Tabela 3 – Processo de escolarização da equipe e dos gestores do NASF em Goiânia.

	Formação Graduada		Formação Pós-graduada			Tempo de formação graduada (anos)					
	Profissional	Gestor	Lato Sensu	Residência	Stricto Sensu	1 - 5	6 - 10	11 - 15	16 - 20	21 - 25	26 - 30 ou mais
Ed. Física	3	0	2	0	0	0	1	2	0	0	0
Farmácia	4	0	2	0	2	0	2	2	0	0	0
Medicina	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1
Nutrição	3	1	1	0	0	0	0	2	1	0	1
Psicologia	5	1	5	0	1	0	1	1	1	2	1
Serviço Social	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1
<b>n</b>	<b>18</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Percentual</b>	<b>85,7%</b>	<b>14,3%</b>	<b>57,1%</b>	<b>4,8%</b>	<b>19,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>19,0%</b>	<b>38,1%</b>	<b>14,3%</b>	<b>9,5%</b>	<b>19,0%</b>

Quanto ao processo de escolarização, identificamos que 6 trabalhadores do NASF possuem formação na área de Psicologia. Salientamos que as diferenças no quantitativo das áreas profissionais, especialmente na medicina e psicologia, são em

grande parte vinculadas a desistências dos profissionais durante o processo formativo e afinidade com a proposta de trabalho do NASF. Se considerarmos a totalidade dos profissionais investigados, observamos uma influência importante da área de saúde mental, ainda mais que dois trabalhadores com formação nessa área são gestores. Como podemos observar na tabela 3, nenhum profissional do NASF é recém-formado, sendo 38,1% acumulam de 11 a 15 anos de formação acadêmica superior.

Com relação ao nível de especialização dos profissionais, identificamos na tabela 3 que 57,1% daqueles do NASF possuem pós-graduação *lato sensu*, sendo que nove desses acumulam dois cursos neste nível. A maioria dos cursos é na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva (10), mas também sete são em outras áreas, com certa ênfase no aprofundamento clínico. Ademais, 19% dos trabalhadores do NASF possuem pós-graduação *stricto sensu*. De forma geral, observamos que uma parcela expressiva dos profissionais pesquisados é altamente especializada, com um quantitativo importante com especialização na área de Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

Tabela 4 – Tempo de trabalho no NASF e renda mensal líquida da equipe e gestores do NASF em Goiânia.

	Tempo de Trabalho no NASF (meses)		Renda mensal líquida (em mil Reais)							
	1 - 5	6 - 12	2,5 - 3,0	3,1 - 3,5	3,6 - 4,0	4,1 - 4,5	4,6 - 5,0	5,1 - 5,5	5,6 - 6,0	acima de 6,0
Ed. Física	0	3	1	2	0	0	0	0	0	0
Farmácia	1	3	0	0	1	2	0	0	1	0
Medicina	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Nutrição	1	3	0	0	0	3	0	0	1	0
Psicologia	1	5	0	0	1	1	2	0	2	0
Serviço Social	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>n</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Percentual</b>	<b>14,3%</b>	<b>85,7%</b>	<b>4,8%</b>	<b>9,5%</b>	<b>9,5%</b>	<b>28,6%</b>	<b>9,5%</b>	<b>4,8%</b>	<b>19,0%</b>	<b>14,3%</b>

Como podemos observar na tabela 4, 85,7% dos trabalhadores estão desempenhando suas atividades desde o início do trabalho do NASF no território, isto é, há um ano. O salário líquido informado pelos trabalhadores do NASF é variado. Todavia, observamos que os profissionais com salários mais baixos são da

área da Educação Física. Além disso, os três trabalhadores da referida área possuem salários desiguais, na ordem de R\$ 2.650,00, R\$ 3.346,00 e R\$ 3.500,00. Essas desigualdades salariais estão atreladas, entre outros elementos, aos vínculos empregatícios desses profissionais, em especial na área educacional, elementos que são abordados mais adiante. Além desses aspectos, ressaltamos que grande parte dos profissionais do NASF não possui outro vínculo empregatício (14), apenas quatro mantém outro vínculo, sendo que um desses está de licença por interesse particular. Dois gestores possuem outros vínculos profissionais e um possui vínculo com a Secretaria Municipal de Educação, mas atualmente está à disposição da Secretaria de Saúde.

Todos os profissionais do NASF possuíam experiência anterior no serviço público de saúde de Goiânia, a maioria com tempo de serviço de 2 a 10 anos e em pelo menos dois locais (8). Nesse ínterim, observamos experiências em uma ampla diversidade de locais de trabalho, desde o nível central, assim como na atenção primária, secundária e terciária do sistema de saúde municipal. Todavia, o tempo de permanência nos locais de trabalho variou de 1 a 6 anos, o que pode indicar certa rotatividade dos profissionais.

Destacamos que oito trabalhadores tiveram experiência nos Distritos Sanitários e cinco nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Ressaltamos que todos os professores de Educação Física trabalharam no CAPS. Ao mesmo tempo, salientamos que apenas três profissionais tinham experiência na Atenção Básica. Com relação aos gestores, esses apresentam um tempo de serviço ligeiramente maior que a maioria dos trabalhadores do NASF, um com sete anos e dois com onze anos. Dois tinham experiências anteriores no serviço público de saúde de Goiânia. Destacamos que esses gestores participaram da experiência na área de Saúde Mental que antecedeu e serviu de inspiração para o processo de construção e implantação do NASF em Goiânia, como é apontado mais adiante.

O processo inicial de implantação do NASF, como já salientamos, ocorreu em 2008, com aprovação do projeto apenas em 2009. O processo seletivo e o curso de formação dos profissionais selecionados aconteceram em 2010. O trabalho propriamente dito do NASF em Goiânia no território ocorreu em Junho de 2011, apenas na região noroeste do município, a qual foi escolhida por sua vulnerabilidade

social, pela cobertura de aproximadamente 100% de estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela sua tradição no acolhimento de experiências-piloto. Na ocasião, o NASF era composto por 16 profissionais (incluindo a coordenação), distribuídos em quatro equipes de NASF.

A organização do NASF em Goiânia se baseou em uma experiência-piloto com matriciamento em saúde mental na região noroeste, sendo as primeiras ações deste tipo na Atenção Primária em Saúde (APS) em Goiânia, a qual ocorreu entre os anos de 2007 e 2009. A partir do acúmulo de experiências em torno do apoio matricial nesse projeto, um dos seus profissionais participantes foi convidado para trabalhar na Coordenação de Estratégia da Saúde da Família (COESF) e teve papel importante na implantação do NASF em Goiânia. Além disso, esse profissional também se tornou apoiador matricial do NASF, contribuindo nas reflexões sobre as possibilidades de matriciamento do NASF, no acompanhamento das ações e do trabalho coletivo junto com os trabalhadores do NASF. Atualmente, a coordenadora do NASF e uma psicóloga que participaram da experiência-piloto citada também são profissionais do NASF. Essa experiência parece ter tido influência importante na forma com as equipes NASF iniciaram o trabalho na região e como as ações em torno da saúde mental se tornaram centrais, como é discutido mais adiante.

Souza (2013) ressalta em sua pesquisa no município de Sobral/CE a importância da presença de apoiadores matriciais no processo de implantação do NASF não só para reflexão sobre o trabalho do NASF, mas também na mediação com as equipes de ESF. Em outras investigações a falta dessa mediação foi lembrada como um aspecto negativo, como foram os casos de Menezes (2011), na qual os profissionais do NASF de Olinda/PE não conheciam a proposta de apoio matricial, assim como de Mafra (2012) que ressaltou as dificuldades dos trabalhadores de Piraí/RJ no domínio do matriciamento.

O processo seletivo dos profissionais de Goiânia ocorreu em Junho de 2010, considerando as preocupações dos gestores quanto ao perfil dos trabalhadores e a garantia de profissionais efetivos. Basicamente, esse processo ocorreu a partir da análise de currículo, tendo como prioridade critérios como experiência na atenção básica, principalmente na estratégia da Saúde da Família; experiência de ensino no modelo de supervisão clínica ou matriciamento; especialização em saúde da família

ou saúde coletiva, mestrados e doutorados e experiência de gestão (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012). Em um segundo momento, houve outro processo seletivo mais “criterioso”, o qual incluiu além da análise do currículo, entrevista e o desenvolvimento de uma dissertação/redação (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

Para um gestor entrevistado, a seleção dos profissionais foi “complexa”, pois era necessário selecionar profissionais competentes do ponto de vista “clínico” e também que fossem capazes de trabalhar com “educação continuada” na formação das equipes de ESF (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012). Neste sentido, era difícil construir um processo que, ao mesmo tempo, contemplasse as normativas de seleção, as quais são, em geral, desenvolvidas a partir de padrões objetivos<sup>54</sup> e que também garantisse o “perfil profissional” almejado.

Importante ressaltar que em Goiânia a contratação dos profissionais do NASF ocorreu via concurso público, diferentemente, por exemplo, dos municípios cearenses de Crato, Sobral e Fortaleza (SOUZA, 2013). Nas pesquisas sobre a inserção de profissionais de Educação Física no NASF em Londrina/PR (MENDONÇA, 2012) e dessa área em todo o país (SANTOS, 2012b) também foram identificados processos de precarização do trabalho, chegando a 76,4% segundo relato dos entrevistados (SANTOS, 2012b). Ao nosso ver, essa condição não se constitui como exclusiva da área da Educação Física, mas reflete a situação geral dos outros trabalhadores do NASF, o que evidencia uma condição preocupante da implantação do NASF no país.

O processo de formação (ou curso de capacitação/educação permanente, como são mais conhecidos no âmbito das prefeituras) dos profissionais do NASF em Goiânia ocorreu durante aproximadamente um ano (Julho de 2010 a Julho de 2011), na escola técnica Irmã Dulce, onde os trabalhadores se encontravam uma vez por semana. Esse longo período de tempo acarretou muitas desistências dos profissionais, em contrapartida gerou certa integração no grupo, elementos que

---

<sup>54</sup> Em geral, o departamento de recursos humanos não aprova seleções com entrevistas ou possibilidades avaliativas centradas no caráter “subjetivo”, pois são recorrentes os recursos de anulação da seleção entre os candidatos e de intervenções do Ministério Público por possíveis favorecimentos.

tiveram desdobramentos importantes para o trabalho do NASF, como é abordado mais adiante.

Observamos que o processo formativo dos profissionais do NASF contribuiu para uma primeira aproximação dos trabalhadores com a proposta do NASF e que, em alguns municípios, a ausência desse processo, como ocorreu em Santa Catarina (ANDRADE et al., 2012) e Piraí/RJ (MAFRA, 2012), pode ter acirrado as resistências das equipes de ESF ao trabalho do NASF e a sensação de desamparo da gestão percebidas pelos trabalhadores, como foi o caso de Crato/CE (SOUZA, 2013).

Parece-nos importante ressaltar, todavia, que, de uma maneira geral, o “modelo” tradicional de formação dos profissionais que ocorre de forma pontual e no momento da inicial de implantação das políticas de saúde, não garantiu, na particularidade do NASF, a compreensão da proposta de apoio matricial e nem evitou as dificuldades no trabalho com as equipes de ESF, já que, de forma geral, as mesmas se encontram sobrecarregadas pela alta demanda de atendimentos, falta de profissionais e infra-estrutura precária (CONILL, 2008).

Nesse sentido, também se mostra importante estabelecer um processo formativo dos trabalhadores mais amplo e permanente com acompanhamento e avaliação conjunta do trabalho do NASF com a gestão e profissionais da ESF. Na pesquisa de Menezes (2011), os espaços coletivos de compartilhamento das atividades desenvolvidas pelo NASF e a construção do planejamento, tanto das ações de curto prazo como o anual, foram avaliados de forma positiva pelos trabalhadores. Contudo, essa não parece ser a condição da maioria dos NASF implantados no país que experimentam um espaço de “não lugar” (SOUZA, 2013) nas unidades de saúde, conforme indicam também as pesquisas de Santos (2012a) e Mafra (2012).

Consideramos que o início do trabalho propriamente dito do NASF em Goiânia ocorreu com o “lançamento” do NASF na região noroeste que aconteceu no dia 27 de Junho de 2011 na Faculdade Alves Faria (ALFA). Esse encontro contou com participação de profissionais de saúde, diretores de unidade de saúde, Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (COESF), representantes de instituições e da sociedade civil. Segundo os profissionais entrevistados, foi um

momento importante para identificar as expectativas dos trabalhadores da Saúde da Família com relação ao trabalho do NASF.

Na organização do trabalho do NASF, a distribuição das atividades/ações seguiu orientação do planejamento proposto no projeto de implantação do NASF em Goiânia (GOIÂNIA, 2009). A proposta foi organizada a partir de porcentagens de carga horária para os eixos principais de trabalho do NASF, baseadas em uma experiência da implantação do NASF na instituição Santa Marcelina na cidade de São Paulo/SP (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012). A carga horária dos profissionais do NASF era de 40 horas semanais, de segunda-feira e sexta-feira, das 8h às 17h.

De acordo com um profissional da gestão entrevistado (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012), a maior prioridade na organização do trabalho eram as ações de matriciamento às equipes de ESF, as quais ocuparam de 50% a 60% da carga horária. Desse percentual, de 15 a 20% poderiam ser dedicados as atividades de educação permanente com as equipes de ESF e também do próprio NASF com temáticas específicas. Outro eixo central foi às ações de território, as quais corresponderam a cerca de 30%, compreendendo ações de promoção da saúde, educação permanente, ações intersetoriais e de projetos de território. E 10% da carga horária ficaram para a organização propriamente dita do trabalho do NASF, contemplando os espaços de articulação, reuniões de planejamento, avaliação, reuniões de cada equipe NASF, reuniões com todo grupo NASF, reuniões com Distrito Sanitário Noroeste e COESF, reuniões em projetos no território, reuniões específicas etc.

Para um gestor entrevistado, essa distribuição de carga horária entre as atividades principais do NASF permitiu que, no início, os profissionais se orientassem minimamente no trabalho, como também contribuiu para uma maior flexibilidade no manejo da carga horária diante das necessidades e demandas prioritárias do território e das equipes de saúde da família (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Antes de iniciar o trabalho com as equipes, os trabalhadores do NASF criaram um instrumento intitulado de “primeiro contato” com o intuito de se aproximarem dos trabalhadores da ESF para explicar o trabalho do NASF e identificar algumas

necessidades em saúde da população e dos trabalhadores. Elementos esses analisados de acordo com as percepções dos trabalhadores da ESF, pois os profissionais do NASF não haviam realizado um diagnóstico no território junto com as equipes (diário de campo, 27/01/2012, primeira visita a campo).

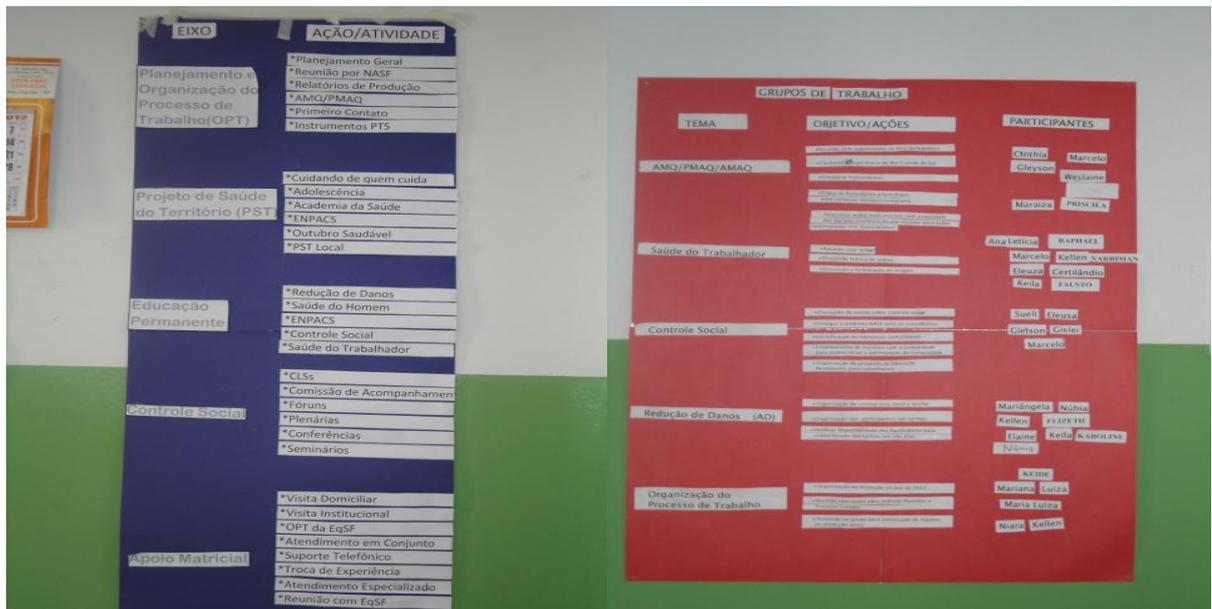
O instrumento de “primeiro contato” era composto por cinco temas orientadores: expectativas com relação ao trabalho do NASF, dificuldades do trabalho, potencialidades da equipe de saúde da família, necessidades de saúde mais prevalentes da população e maiores dificuldades de intervenção (NASF, 2012a).

A partir da análise do instrumento de “primeiro contato” realizada pelos profissionais do NASF, esses identificaram que o eixo mais abordado pelos profissionais da ESF foi com relação às dificuldades do trabalho. Nesse sentido 34% das equipes relataram dificuldades em lidar com problemas sociais e casos complexos; 30% citaram falta de recursos materiais; 24% relataram dificuldades no encaminhamento de casos para atenção especializada; 22% mencionaram a alta demanda imediata; 16% sentiam-se pressionados para alcançar as metas de produtividade; 16% citaram a desmotivação/adoecimento da equipe de saúde e 16% relataram o alto número de famílias cadastradas por microárea (NASF, 2012a).

De posse das orientações para organização do trabalho, das análises do “instrumento de primeiro contato” e do estudo de propostas de planejamento participativo e estratégico, os profissionais do NASF relataram que estabeleceram coletivamente vários instrumentos de gestão e organização do trabalho, dos quais destacamos os seguintes:

- 1) quadro com os principais eixos organizativos do trabalho e suas respectivas ações e atividades. Esse quadro servia de roteiro para as reuniões semanais de planejamento (Figura 4);
- 2) grupos de trabalho para encaminhar as discussões e operacionalizar as ações e atividades designadas em cada eixo de trabalho. Cabe destacar que o critério para divisão dos profissionais nos grupos foi por afinidade ao tema e não por especialidade, ainda que esses elementos pudessem ser coincidentes (Figura 4);

Figura 4 – Registro fotográfico dos eixos de trabalho e dos grupos de trabalho do NASF em Goiânia.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

3) e agenda mensal com a descrição das atividades diárias, sejam elas coletivas e/ou de cada equipe NASF (Figura 5).

Figura 5 – Registro fotográfico da agenda mensal do NASF em Goiânia.



Fonte: Acervo da pesquisadora.

Como podemos notar, os dois primeiros instrumentos (eixos de trabalho e grupos de trabalho) ficavam afixados na parede da unidade de saúde do NASF. A agenda mensal era desenhada em quadro branco, permitindo a visualização e avaliação geral do trabalho, onde se podia incluir ou excluir as atividades diárias conforme fossem planejadas, sejam elas entre as equipes NASF, no grupo geral do NASF, com gestores ou com outros serviços de saúde da região e/ou do município. A agenda mensal também servia como um parâmetro para a organização das agendas de cada equipe NASF, buscando preservar as ações coletivas e as atividades de apoio matricial.

Um dos profissionais do NASF argumentou que a construção dos eixos e as ações do trabalho tiveram como referência as “Diretrizes do NASF” (BRASIL, 2009), a qual serviu de caminho para orientar as reflexões do grupo. No entanto, segundo o entrevistado, naquele momento as ações já estavam organizadas a partir das necessidades da região, das equipes de ESF e das reflexões do grupo (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012). Observamos uma relativa autonomia dos profissionais nesse processo, por exemplo, com a inclusão e priorização do eixo controle social, o qual, a princípio, não fazia parte da organização do trabalho no projeto de implantação do NASF em Goiânia (GOIÂNIA, 2009).

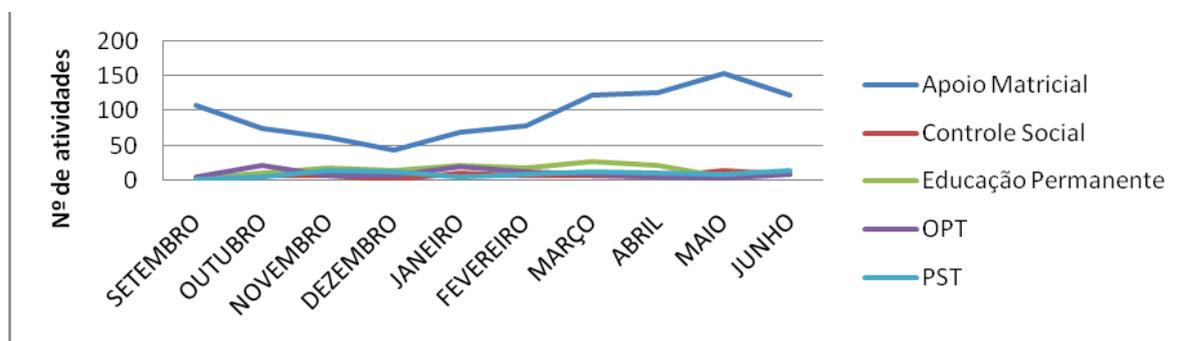
Existiam outros instrumentos de apoio para organização das atividades do NASF como, por exemplo, caderno ata de registro das reuniões<sup>55</sup>, agenda e caderno de anotações de cada equipe do NASF. Além disso, outros instrumentos estavam sendo debatidos e reelaborados como, por exemplo, o relatório de produção (individual e coletivo) e o roteiro de construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS).

Considerando o trabalho de aproximadamente um ano do NASF na região noroeste de Goiânia, podemos observar a distribuição das principais atividades do NASF conforme o gráfico abaixo:

---

<sup>55</sup> Os registros eram realizados pelos próprios trabalhadores do NASF, os quais foram organizados em rodízio por ordem alfabética. Assim, aquele que sistematizou a reunião no dia seguinte deverá coordenar a reunião. Contudo, nem sempre os trabalhadores seguiam essa organização, principalmente no que diz respeito à coordenação das atividades, a qual, em geral, acabava sendo realizada pela própria coordenadora do NASF.

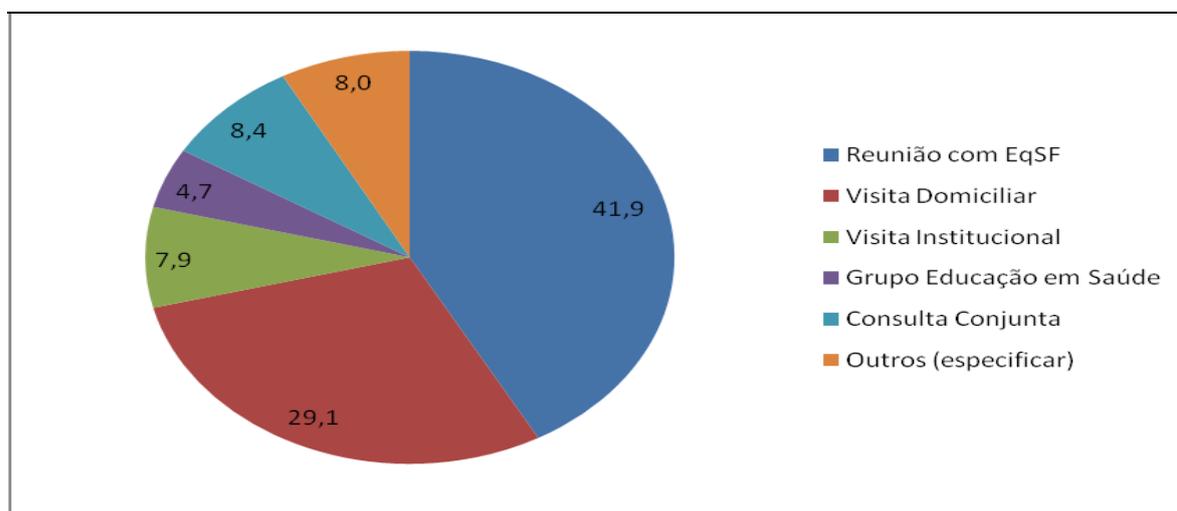
Figura 6 – Quantitativo de atividades do NASF em Goiânia no período de setembro de 2011 a junho de 2012.



Fonte: NASF (2013).

A partir da análise preliminar do gráfico acima, observamos a centralidade do apoio matricial na organização do trabalho. No período descrito foram realizadas 954 atividades de apoio matricial, em uma média de 95 por mês, o que caracterizou 68% do total de atividade do NASF (2013). Abaixo estão as atividades que fizeram parte as atividades de apoio matricial do NASF de Goiânia.

Figura 7 – Percentual médio das ações de apoio matricial do NASF em Goiânia no período de setembro de 2011 a junho de 2012.



Fonte: NASF (2013).

Para se ter ideia da rotina de trabalho do NASF, todos os dias os profissionais se reuniam para a atividade de “repasso”, na qual os trabalhadores faziam um

apanhado geral sobre as atividades desenvolvidas e/ou de participações como representantes do NASF em reuniões externas para todo o grupo. Essa atividade garantia a socialização do trabalho e foi lembrada como um dos aspectos positivos pelos profissionais, ainda que também tenha sido relacionada como algo cansativo. Todos os dias, pelo menos em um dos períodos (matutino ou vespertino), havia atividade de apoio matricial (ações de cada equipe NASF com as equipes de ESF de sua referência na unidade de saúde ou no território). Toda segunda-feira, os profissionais realizavam atividade de planejamento coletivo, utilizando como roteiro os eixos do trabalho para socialização, reflexão e debate das ações. Essa atividade foi indicada pelos profissionais como um diferencial do trabalho do NASF, apesar disso também provocava tensões no grupo para que fosse garantida. Na terça-feira, ocorriam atividades de Projeto de Saúde do Território (PST), soluções de pendências ou atividades de educação permanente do próprio NASF. Na quarta-feira, atividades de reflexão e discussão de casos matriciados, denominada de “matriciamento” (supervisão do apoio matricial com a presença de uma apoiadora da COESF) ou PST e pendências. Na quinta-feira uma vez por mês ocorria reunião com o Distrito Sanitário Noroeste (DSN) e COESF ou atividades ligadas ao Controle Social (diário de campo, 27/01/2012, primeira vista de campo; diário de campo, 06/02/2012, atividade de planejamento). Neste quadro mais geral, os profissionais relatavam dificuldades na efetivação das ações de matriciamento, educação permanente do NASF e Controle Social (diário de campo, 27/02/2012, atividade de planejamento).

Importante ressaltar que, de maneira geral, durante aproximadamente os seis meses de participação da pesquisadora nas atividades do NASF de Goiânia observamos um esforço dos profissionais em estabelecer espaços coletivos e democráticos no trabalho a partir de uma relação respeitosa, onde se preservava o direito à exposição de opiniões e críticas. A maioria das vezes as responsabilidades eram compartilhadas, as representações discutidas e decididas coletivamente com reflexão e avaliação do trabalho permanente. Esses momentos também foram permeados por cansaços, angústias e tensões no grupo, como iremos discutir mais adiante.

Dos grupos de trabalho mencionados, destacamos dois deles que se desdobraram em um projeto de território e em um curso de formação. Esses projetos foram identificados inúmeras vezes pelos profissionais como atividades importantes no trabalho desenvolvido pelo NASF na região, os quais também foram reiterados em apresentações públicas do Distrito Sanitário Noroeste. O primeiro deles, vinculado à temática de saúde do trabalhador, era intitulado de “projeto cuidando de quem cuida” e o segundo, atrelado à temática de redução de danos, foi denominado de “curso de redução de danos em álcool e outras drogas”.

O projeto “cuidando de quem cuida” era composto por profissionais de diferentes especialidades do NASF e trabalhadores do Distrito Sanitário Noroeste. Também contava com “parceiros” como a Secretaria de Esporte e Lazer, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e SEMST (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho). O objetivo central do projeto era “incentivar práticas de promoção da saúde, a partir de atividades esportivas, culturais, terapêuticas e de lazer, voltadas aos profissionais de saúde da Região Noroeste” (NASF, 2012a, p. 5). Importante destacar que os professores de Educação Física do NASF citaram esse projeto como aquele com características mais próximas da especificidade da Educação Física no trabalho geral do NASF (diário de campo, 27/01/2012, primeira vista de campo).

Houve o lançamento desse projeto em dezembro de 2011, o qual foi articulado com a Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT). O evento ocorreu no Clube do Povo da região, com convite para todos os profissionais de saúde da localidade. Abaixo é possível visualizar um registro fotográfico do evento (Figura 8):

Figura 8 – Lançamento do projeto cuidando de quem cuida no Clube do Povo em Goiânia.



Fonte: banco de dados do NASF de Goiânia.

O evento contou com a participação de 400 trabalhadores da região (diário de campo, 31/01/2012, reunião do grupo de trabalho Saúde do Trabalhador). Durante esse evento ocorreram oficinas, sorteios de brindes, atividades de dança de salão e de rua, capoeira, jogos com bola, atividades culturais, entre outras. O evento contou com a presença do então secretário de saúde, Elias Rassi Júnior, e demais gestores da região. Na sequência, apresentamos o registro fotográfico de algumas das atividades desenvolvidas durante o evento (Figura 9):

Figura 9 – Atividades desenvolvidas durante o lançamento do projeto cuidando de quem cuida.



Fonte: banco de dados do NASF em Goiânia.

O grupo de trabalhadores envolvidos com o projeto avaliou de forma positiva o evento e destacou outras ações necessárias para avançar com o projeto como: avaliar o evento com os trabalhadores; ampliar os “parceiros”; compreender a condição de saúde dos trabalhadores da região; aprofundar os estudos sobre o tema e reelaborar o projeto; integrar os trabalhadores de saúde das diferentes unidades de saúde e níveis de especialidade da região; envolver os trabalhadores de saúde na elaboração do projeto; realizar ações mais permanentes; entre outras atividades (diário de campo, 10/02/2012, reunião do grupo de trabalho Saúde do trabalhador).

O curso de redução de danos em álcool e outras drogas foi criado em parceria com os profissionais dos consultórios de rua e dos Centros de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas (CAPS/AD) do município. O curso tinha como objetivo integrar o trabalho do NASF, CAPS e equipes de ESF, assim como contribuir para a formação dos trabalhadores para o enfrentamento dos casos de álcool e outras drogas na perspectiva da política de redução de danos. O curso ocorreu durante seis meses (primeiro semestre de 2012) e foi organizado em cinco módulos para 25 equipes de ESF da região. Já estava previsto um segundo curso

para formar as outras 26 equipes de ESF restantes da localidade. Abaixo uma imagem de uma das atividades do referido curso (Figura 10).

Figura 10 – Uma das atividades do curso de redução de danos em álcool e outras drogas.



Fonte: Distrito Sanitário Noroeste (2012).

Para um gestor, esse projeto “é uma das coisas mais importantes do NASF” com envolvimento de 300 profissionais representantes de várias instituições que estão no território como: assistência social, polícia, conselhos tutelares, justiça e educação. O curso foi organizado a partir de “metodologias ativas” e participativas como vídeos, textos, dinâmicas, com intuito também de “instrumentalizar os profissionais na prática”. Para tanto, previa uma carga horária de matriciamento que envolvia os trabalhadores do NASF, CAPS e da saúde da família na discussão de casos advindos da realidade da equipes de ESF (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

De maneira geral, a identificação do perfil sócio-profissional das equipes e gestores do NASF em Goiânia apontou o predomínio do sexo feminino, idade diversificada, maioria casados e naturalidade do estado de Goiás. Existe importante influência da área da saúde mental no NASF em razão da formação acadêmica dos

profissionais e gestores e a maior desistência está na área médica. Nenhum profissional é recém-formado, sendo a maioria com 11 a 15 anos de formação acadêmica superior. Observamos que um quantitativo significativo dos profissionais é altamente especializado, a maioria não possui outro vínculo empregatício e que todos tinham experiência anterior no serviço público de saúde, especialmente em Distritos Sanitários e CAPS, embora apenas 3 tenham trabalhado na Atenção Básica. No que se refere ao trabalho do NASF, a maioria está trabalhando há 1 ano com salário líquido variado. Ressaltamos que os salários mais baixos estão na área da Educação Física. Essas características tiveram influência na conformação que o NASF em Goiânia foi adquirindo no processo de implantação, organização e no trabalho com as equipes de ESF e gestão.

O NASF em Goiânia possui um vínculo embrionário com a área da saúde mental, já que se baseou em uma experiência-piloto nesse âmbito em sua proposição e organização. Outra característica é a presença de um apoiador matricial que, provavelmente, contribuiu para a organização inicial do NASF considerando seu projeto de implantação, assim como na apropriação do apoio matricial enquanto proposta central de trabalho do NASF. A contratação de profissionais efetivos e que já trabalham na Secretaria de Saúde do município assegurou profissionais com estabilidade e experiência. Além disso, o processo formativo também garantiu uma primeira aproximação dos profissionais com a proposta de trabalho do NASF, integração do grupo, mas o longo período também acarretou desistências dos profissionais.

No trabalho propriamente dito do NASF no território, observamos esforços no sentido dos profissionais conhecerem as necessidades das equipes de ESF e no estudo de formas de planejamento em saúde, embora não se tenha consigo realizar uma análise do território. Os trabalhadores do NASF relataram o planejamento coletivo como um diferencial do processo organizativo e citaram dificuldades no âmbito do matriciamento, educação permanente do NASF e controle social. Observamos que a construção de projetos amplos no território também contribuiu para aproximação com os trabalhadores da ESF; estimulou o trabalho intersetorial; possibilitou a integração entre profissionais do CAPS, ESF e NASF; e propiciou

visibilidade dos casos de transtornos mentais na região na perspectiva de formação dos trabalhadores a partir da realidade enfrentada na região.

Os elementos iniciais da organização do trabalho do NASF em Goiânia apontam proximidade com a história de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município, a qual ocorreu de forma gradual e em apenas um bairro. Embora a compreensão do papel da Atenção Primária em Saúde (APS) tenha avançado em Goiânia, notamos o uso do critério de vulnerabilidade social na seleção da região para implantação do NASF o que indica a princípio um viés de focalização e seletividade na proposta. Esse elemento se constitui como uma crítica histórica à proposta de Atenção Básica brasileira e também representa um traço característico da implantação do PSF no município, assim como em nível nacional. Todavia, implantar a política em uma região com ampla cobertura de ESF possivelmente garantiu ao NASF qualificar as ações das equipes de Saúde da Família, não se tornando uma política substitutiva à baixa cobertura e da precariedade de acesso da população aos serviços de saúde. Como adverte Paim (2010), reconheceu-se o SUS como uma política universal, contudo com a escassez de recursos os gestores acabam por se valer do pragmatismo priorizando os grupos mais vulneráveis. Nesse contexto, o NASF pode ser implantado para preencher as lacunas dos sistemas de saúde municipais.

## 5.1 AS CONDIÇÕES DE TRABALHO DO NASF E A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste subitem tivemos como objetivo problematizar o enfrentamento da dimensão da gestão dos serviços de saúde. Essa dimensão do trabalho em saúde foi apontada pelos profissionais do NASF como uma das questões centrais de conflitos e limites na organização do trabalho. Nesse sentido, buscamos relativizar esses elementos considerando os limites que essa tarefa impõe aos trabalhadores diante das condições de trabalho e da realidade de saúde pública do município.

Um dos elementos importantes que impactou nas condições de trabalho do NASF foi o tempo de duração do processo formativo dos seus profissionais. Esse período não foi planejado pela Coordenação de Estratégia da Saúde da Família

(COESF) e ocorreu porque não havia verba de custeio para o NASF. Além disso, os profissionais selecionados não poderiam sair de seus locais de trabalho de origem sem que acontecessem novos concursos ou processos de remanejamentos, conforme indica um gestor:

A gente terminou esse processo seletivo em junho/julho de 2010 e a gente não tinha nenhuma perspectiva de retirar essas pessoas dos locais de trabalho e já colocá-las no NASF. Porque a gente não tinha ainda a verba de custeio que foi chegando mais adiante. E não tinha condições de tirar essas pessoas dos locais de trabalho sem estar suprindo alguns locais, isso atrasou e como não tinha e continuou não tendo grandes interesses da gestão a gente ficou marinando algum tempo. E um dos problemas importantes que a gente teve foi a necessidade de criar uma lei pra gratificação do NASF. Então foi protocolado um salário baseado no salário básico do profissional de saúde da família com uma gratificação profissional proporcional, mas como não existia esse profissional para conceber essa gratificação isso tinha que ser um projeto de lei (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Importante ressaltar que na tentativa de acelerar o processo de inserção dos profissionais do NASF no território, os próprios profissionais, durante o processo formativo, se organizaram para reivindicar o encaminhamento da votação do projeto de lei nº 9011 de 30 de dezembro de 2011. O projeto tratava da gratificação especial para os profissionais do NASF junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Câmara municipal de Goiânia/GO<sup>56</sup>.

Os profissionais do NASF relataram que houve avanços na organização do trabalho propiciados pelo longo período de formação dos trabalhadores, mas também momentos de muitas expectativas e angústias pela indefinição do início do trabalho. Com efeito, houve desistências de profissionais também pela falta de afinidade com a proposta de trabalho do NASF, em especial, os médicos que questionaram a prioridade no apoio às equipes de ESF em detrimento ao atendimento clínico diretamente à população (profissional do NASF, medicina, 16/5/2012). Abaixo, um gestor comenta o assunto:

[...] uma dificuldade que a gente teve foi que rapidamente as pessoas que foram chamadas foram desistindo. Então de cinco equipes com cinco pessoas, 25 profissionais, hoje a gente se resume a 17. Vão chegar mais 2,

---

<sup>56</sup> De forma geral, os profissionais contratados pela SMS têm uma carga horária de 30 horas semanais, portanto seria necessária uma complementação para que os profissionais do NASF atendessem o que foi preconizado pelo Ministério da Saúde, ou seja, 40 horas semanais.

então 19 profissionais. Então hoje a gente não tem nem 4 equipes completas. Então na verdade o NASF nunca funcionou com mais de 3 equipes completas e cobre 100% da estratégia da Saúde da Família [...] (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

A precária condição inicial de falta de profissionais e equipes incompletas fez com que fosse necessário um aumento do número de equipes de ESF por equipe NASF para manter a cobertura de 100% de NASF em todo território da região noroeste. Um gestor avalia essa condição de trabalho do NASF:

Então o que a gente precisou fazer foi redistribuir o número de equipes pela quantidade de equipes de NASF. Então os NASF têm mais equipes de referência [de Saúde da Família], em torno de 13 a 15, o que não é uma quantidade que permite um matriciamento adequado. Mas preferimos manter a cobertura completa e não deixar nenhuma equipe sem referência de NASF do que fazer essa seleção dentro do próprio noroeste e ficar restrito a uma parte (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Com relação à cobertura dos serviços de saúde, os profissionais do NASF e da ESF de Santa Catarina investigados por Andrade et al. (2012) relataram dificuldades no trabalho diante do amplo território adscrito. Esse elemento também foi apontado pelas equipes de ESF da região noroeste de Goiânia a partir da avaliação do instrumento de primeiro contato aplicado pelos profissionais do NASF.

Na implantação do NASF em Belo Horizonte/MG a diminuição da relação entre equipes de ESF e apoio de equipes NASF se converteu em qualificação do trabalho (AZEVEDO, 2012). Os profissionais mineiros investigados admitiram um sonho quando existir uma equipe NASF para referenciar uma equipe ESF, o que na prática talvez represente a inserção concreta dos profissionais do NASF na ESF.

A relação entre quantidade de equipe de ESF por equipe de NASF foi alvo de críticas desde a criação do NASF em 2008, onde se previa uma equipe NASF para apoiar no mínimo oito e no máximo vinte equipes de ESF. Provavelmente, fruto desse questionamento, em 2011 essa relação foi reduzida para o apoio de cinco a nove equipes de ESF (BRASIL, 2012a), conforme se destacou em capítulo anterior.

No NASF em Goiânia a garantia de contratação de profissionais efetivos foi central e acompanhou toda implantação dessa política, tanto na forma de contratação como no processo seletivo. Para os gestores e trabalhadores, foi importante garantir o vínculo dos profissionais por concurso público, o qual, entre

outros elementos, possibilitou a diminuição da rotatividade dos profissionais, além de salários atrativos e demais vantagens. Não obstante, a seleção foi “interna”, trazendo para o NASF trabalhadores com experiência no território e em outros serviços de saúde do município. Alguns trechos de entrevistas expressam as opiniões dos profissionais sobre o assunto:

[...] primeiro no processo de seleção que foi aberto, mas aberto para os profissionais de saúde, para quem já estava efetivo na saúde. Esse foi um critério que eu acho importante, porque trouxe pessoas que já tinham um mínimo de conhecimento da rede, do que é SF [Saúde da Família], do que é esse processo todo aqui. Então as pessoas que vieram pra cá não chegaram totalmente cruas [...]. E a implantação do NASF nesse aspecto, com essa seleção, já trouxe uma qualidade dos profissionais (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Ele vem para o NASF, e ele vem como uma referência na discussão de álcool e outras drogas, e aí uma referência não só para o município, o estado reconhece desta forma [...] Nós temos um psicólogo aqui que é uma referência, inclusive até para o secretário [de saúde], na discussão do controle social. Então, isso já traz para o grupo uma dinâmica diferente de pensar só na questão da disciplina de Educação Física, na disciplina de Psicologia, e aí nos permite discutir e fazer intervenções para além do que seria o nosso conhecimento específico e ser valorizado (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

Um gestor, contudo, relata que há indicativos de debate sobre formas mais flexíveis de contratação dos profissionais, conforme o trecho de entrevista abaixo:

Até a própria garantia de profissionais efetivos a gente não tem, existem profissionais técnicos lá da COESF hoje que defendem os contratos. Contratos de médicos que abrem precedentes pra outros contratos (profissional da gestão Distrital do NASF, 8/5/2012).

Parece-nos importante ressaltar que a contratação de profissionais por concurso público não parece ser a realidade da maioria dos municípios. Por exemplo, nas cidades cearenses de Crato, Fortaleza e Sobral a contratação dos profissionais do NASF se deu de maneira temporária, o que gerou alta rotatividade dos trabalhadores em razão do vínculo precário ou término do contrato (SOUZA, 2013). Vieira e Chinelli (2013) salientam que o setor saúde possui uma dinâmica própria um pouco distinta do mercado de trabalho internacional devido, entre outras razões, ao crescimento dos serviços no país e expansão daqueles vinculados à atenção à saúde, assim como dos limites que a particularidade do trabalho em saúde impõe a substituição dos trabalhadores diante da reestruturação produtiva e

do intenso processo de incorporação de tecnologias. Contudo, as autoras acrescentam que o setor saúde não passou ileso pelas políticas de cunho liberal da década de 1990 com predominância de formas flexíveis de contratação, tendo a Saúde da Família como política exemplar desse contexto (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Desde a inserção do NASF no território, em Junho de 2011, os trabalhadores enfrentam a falta de materiais e de profissionais, pois todas as equipes estavam e continuam incompletas. Estas condições foram reiteradamente apontadas pelos profissionais, tanto pelos trabalhadores como pelos gestores, como uma das principais dificuldades na organização do trabalho do NASF. Alguns profissionais detalham a condição de trabalho do NASF:

Antes de a gente vir pro território já existiam processos abertos com relação à condição do trabalho, computador que a gente identificava que era necessário, carros e outras coisas mais. A gente acabou iniciando o trabalho com carros cedidos pelo Distrito, depois a gente não tinha o carro e não tinha motorista. Então motoristas foram cedidos pelo Distrito, e hoje são de fato motoristas do NASF [...] A gente só usa computadores pessoais, porque a gente tem construído uma dinâmica de trabalho que exige internet, computador. E a gente acaba que vai tendo que pagar pra trabalhar (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

E o que eu acho que a gente tem que melhorar lá é a questão da estrutura física, dos recursos [...] não é muito diferente da secretaria né. Então falta muito recurso básico, como computador, internet, uma impressora, essas coisas assim mesmo (profissional da gestão Distrital do NASF (2), 14/8/2012).

Para dois gestores, essa falta de condição estrutural, material e de profissionais representa a dificuldade de implantação, a qual gera uma insegurança nos profissionais quanto à continuidade e até existência do NASF em Goiânia. Algumas falas expressam essas opiniões:

A outra parte é a parte de estrutura material mesmo, recurso material e humano que até hoje não tem resposta [...] dizer que não tem recurso não é verdade porque ele vem mensal. Porque que essas coisas não andam? [...] Então são coisas que deixam uma certa insegurança no grupo NASF, uma insegurança de até quando é que nós vamos durar. Será que o NASF vai durar em Goiânia mesmo? Será que é isso que eles querem? Ou vai retroceder tudo e deixar de existir? Às vezes tem isso no grupo (coordenador do NASF, 8/5/2012).

[...] oito meses de território e nós ainda temos falta de quase todo material de trabalho que a gente pediu e nós ainda não temos nada funcionando, só com as doações. Acho que tudo isso mostra um pouco a dificuldade de existir (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Em praticamente todas as investigações encontradas sobre a implantação do NASF no país, encontraram-se indicativos sobre problemas de estrutura física das unidades de saúde, de transporte para os profissionais do NASF, de falta de materiais, especialmente para as atividades de grupo e de educação permanente. Elementos que apontam uma condição estrutural de precariedade generalizada dos serviços públicos de saúde, a qual pode ser intensificada com a implantação do NASF. Nesse caso, o NASF pode também se tornar um serviço substitutivo à falta de equipes de ESF o que distorce e fragiliza a proposta de fortalecimento e qualificação da Saúde da Família como uma estratégia de Atenção Primária em Saúde no Brasil.

Diante destas dificuldades, após aproximadamente um ano de trabalho no território, os trabalhadores do NASF decidiram que seria necessário entregar um documento a COESF. Nesse texto, havia reivindicação da complementação das cinco equipes NASF, o que representava a contratação de onze trabalhadores na época; a mudança de horário de funcionamento do NASF acompanhando os horários da maioria das equipes de ESF<sup>57</sup> e equiparação da gratificação do NASF à dos enfermeiros da ESF (NASF, 2012a).

Esses elementos expressam, para os gestores e trabalhadores do NASF, a falta de interesse político na implantação e concretização do NASF em Goiânia/GO. Ademais, é sintomática a precariedade como é desenvolvido o trabalho do NASF mesmo com o repasse mensal de recurso federal de R\$20.000,00 (BRASIL, 2013b), para garantir, ao menos em parte, seu funcionamento. Esse cenário parece apontar a falta de prioridade dessa política no município, reiterada em algumas falas dos entrevistados:

Não foi um planejamento, aconteceu em função da própria organização política, a gente tem aí o NASF num processo de transição de Governo, ele foi aprovado no Governo Iris e só passa ser efetivado no Governo do Paulo de Souza. [...] até hoje eu não vejo uma vontade política de fato de fazer esse NASF acontecer. Eu costumo falar que o interesse era muito mais de verba mesmo [...] (coordenador do NASF, 8/5/2012).

---

<sup>57</sup> Das 51 equipes de ESF da região noroeste, 41 trabalham nos horários de 7h às 19h (25 equipes no período matutino das 7h às 13h e 18 equipes no período vespertino das 13h às 19h) de segunda a sábado. Apenas 8 trabalham no período de 8h às 17hs, de segunda a sexta.

[...] nunca teve e ainda não tem muito apoio institucional, nunca foi prioridade política da gestão da secretaria, então foi um percurso árduo de convencimento [...] então eu diria que, muito mais do que tudo, o que impulsionou foi, de fato, a importância para manter o orçamento do que ter os NASFs em funcionamento (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Um dos elementos importantes do processo de implantação do NASF no município também foi a discussão sobre o local onde ficariam as equipes. De acordo com a proposta de implantação do NASF em Goiânia e das preconizações do Ministério da Saúde, os trabalhadores devem ser cadastrados em uma unidade de saúde, não se constituindo em unidades físicas independentes (BRASIL, 2012a). Contudo, em razão da falta de condições estruturais nas unidades de saúde da região noroeste para acolher as equipes que compõem o NASF, essas foram alojadas em um único local. Esse fato trouxe avanços e retrocessos para a organização do trabalho, como podemos identificar nas falas dos gestores abaixo:

A ideia era distribuir as equipes de NASF em algumas unidades de estratégia da Saúde da Família, mas a gente foi vendo na realidade, na prática, que essas unidades não comportariam essas equipes (profissional da gestão Distrital do NASF, 14/8/2012).

Os NASFs nossos são todos baseados numa única casa, todas as equipes com uma infra-estrutura mínima administrativa e com uma base, mas com a desvantagem de estar todo mundo muito grudado e com a vantagem de ter menos custo e de facilitar a integração entre os NASFs. Mas foi mais por uma falta de condição [...] alguns desvios da equipe são muito potencializados quando se está todo mundo junto. E aí pega fogo, uma coisa sai do prumo e contamina rapidamente todas as equipes (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Um dos gestores do NASF acrescenta que essa condição inicial também trouxe demandas administrativas para o Distrito Sanitário Noroeste. Um trecho de entrevista aborda o assunto:

Não somos uma instituição com profissionais do administrativo, com gestor, nós estamos lotados nas unidades, e aí criar essa casa para acomodar todo mundo gerou uma demanda administrativa para o Distrito também (coordenação do NASF, 8/5/2012).

Diferentemente dos gestores, para a maioria dos trabalhadores do NASF, o alojamento dos profissionais em um único lugar trouxe avanços para o trabalho (diário de campo, 21/05/2012, atividade de planejamento). Após aproximadamente um ano de funcionamento, em uma reunião da COESF com o NASF, foi anunciado

que haveria um esforço dessa coordenação para que os profissionais fossem redistribuídos nas unidades de saúde (diário de campo, 21/05/2012, atividade de planejamento). Esta decisão gerou insatisfação na maioria dos trabalhadores do NASF, principalmente pela forma impositiva que foi anunciada, como podemos observar no relato abaixo representativo de vários outros encontrados nas entrevistas e no diário de campo.

[...] eu acho que é uma proposta que tem que ser construída, aí a gente precisa fazer parte dessa construção, porque a gente é que vivencia a prática do trabalho, a gente é que construiu o trabalho dessa forma. E de repente você ter a iminência de ver uma prática, um trabalho de dois anos ser modificado de uma forma, não sei se radical, mas profunda [...] a gente está sendo de uma certa forma desconsiderado, isso pra mim atualmente é uma inquietação (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Nesse contexto, o conflito estava vinculado às vantagens que as equipes NASF teriam ao estarem alocadas nas unidades com estratégia da Saúde da Família e/ou dos riscos para a continuidade o trabalho coletivo desenvolvido entre as equipes do NASF, propiciado pelo alojamento dos profissionais em um único local de trabalho.

Na pesquisa realizada por Souza (2013) nos municípios cearenses de Crato, Fortaleza e Sobral, os profissionais da ESF e NASF investigados também problematizaram sobre a inserção territorial do NASF. Nesse debate, foram levantadas possibilidades alternativas, especialmente em torno da crítica ao papel “itinerante” do NASF no apoio as equipes da ESF, assim como as vantagens e desvantagens da fixação do NASF em uma unidade física própria ou em apenas uma unidade de saúde, restringindo o apoio às equipes agrupadas nessa unidade. Apesar de não haver consenso, alguns profissionais entrevistados no citado estudo ressaltam que esse formato fixo do NASF não é condizente com suas Diretrizes e com a proposta de Atenção Primária em Saúde, podendo diminuir a resolutividade pela dificuldade de acesso dos usuários sob o risco de tornarem-se um ambulatório de especialidades centrado nas ações curativas.

Entre outros aspectos, o questionamento em torno da redistribuição dos profissionais do NASF nas unidades de saúde em Goiânia parece estar ligado também a uma possível equiparação de papéis, para algumas equipes de ESF, dos profissionais do NASF com aqueles do Distrito Sanitário Noroeste. Essa

indiferenciação entre apoiador matricial e supervisor técnico parece ter contribuído para aumentar as resistências de algumas equipes de ESF ao trabalho do NASF. Um gestor e um profissional do NASF apresentam os conflitos que permearam a redistribuição dos profissionais.

[...] tenho certo receio por esse aspecto, da gente perder, por exemplo, essa característica de um planejamento, porque é tão complicado de repente da gente estar encontrando os espaços de agenda, de conversa, de interação, mesmo a gente estando todo mundo reunido, se não na prática, mas no espaço físico (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Até em termos de autonomia dessa equipe, eu me questiono muito. Até que ponto se eles não tivessem de fato lá no Curitiba 3 [uma unidade de saúde da região] enquanto equipe, dando apoio a todas as equipes do território, eles não estariam mais próximos do serviço. Porque esse ir e vir acaba provocando o mesmo ir e vir do Distrito. E existe uma confusão. Supervisor ou profissional do NASF? Como é que isso? [...] E o NASF é quase como o Distrito, alguém que vem fiscalizar e mexer no conforto da equipe. Para essas equipes, o NASF e o Distrito são quase a mesma coisa, tem um papel fiscalizador (coordenador do NASF, 8/5/2012).

De acordo com o estudo de Mafra (2012), a implantação do NASF em Pirai/RJ foi centrada na “lógica da gestão” sem participação dos profissionais da ESF e da população no processo. De acordo com a autora, essa situação foi provocada pela preocupação da gestão do NASF tornar-se predominante assistencial, o que pode ter contribuído para a limitação do debate. De forma semelhante, essa preocupação também foi enfrentada em Goiânia, com resultados próximos, pois não se identificou um processo participativo dos profissionais da ESF e da população na implantação dessa política no município. Essas características são históricas e prevalecem na cidade desde a implantação do PSF. Embora seja importante considerar que as equipes de ESF tenham sido consultadas e apresentadas às equipes NASF em algumas atividades.

Existem relatos de práticas autoritárias e de fiscalização centralizadas na função dos gestores das unidades de saúde da região. Um profissional do NASF relatou a falta de compreensão dos gestores das unidades de saúde sobre a estratégia da Saúde da Família, salientando a cobrança de números, problema esse que deve ser enfrentado pela COESF, segundo sua avaliação. Outros profissionais do NASF corroboram com essa assertiva ponderando que o cargo de gestor torna-se parte da cultura de “troca de favores”, onde a falta de conhecimento sobre os

fundamentos da APS levam alguns desses gestores a colaborar na reprodução de práticas que transformam as unidades em ambulatorios. Um trabalhador da COESF argumenta que esses problemas podem estar relacionados à indicação do cargo de gestor da unidade de saúde (diário de campo, 29/02/2012, reunião do NASF com Distrito Sanitário Noroeste e COESF). Os profissionais da ESF da região noroeste do NASF de Goiânia relatam a pressão pelo cumprimento de metas de produtividade, elemento esse identificado no instrumento de primeiro contato aplicado pelos profissionais do NASF.

A partir dos relatos acima, observamos que a centralização das decisões e do poder e a pressão por metas de produtividade próprias do modelo taylorista-fordista de organização da produção se mantêm predominantes nas unidades de saúde de Goiânia. A crítica em torno do modelo clássico de administração e gestão do setor saúde foi pauta do movimento de reforma sanitária na década de 1980 (PEDUZZI, 2007) e continua com traços característicos, embora sendo tensionado por um modelo mais flexível sob a exigência de novas qualificações que requerem do trabalhador, entre outros elementos, seu envolvimento e cooperação, o trabalho em equipe e a prática do diálogo, conforme identificamos nas análises das Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009).

Um exemplo dessas tensões pode ser identificado no trabalho do Distrito Sanitário que é compreendido como um serviço hierarquicamente superior às unidades de saúde da família, reforçando a perspectiva de fiscalização do trabalho, apesar da indicação dessa prática não ser a ideal, como avalia um gestor:

[...] eu vejo o papel do Distrito em acompanhar, gerenciar aquilo que não está indo da forma correta [...] a gente acompanha mais no sentido de supervisão mesmo. [...] porque o ideal seria que a gente conseguisse [...] uma supervisão muito positiva em cima do que já existe como proposta. E infelizmente, na maioria das equipes, a gente tem que atuar com cobrança da equipe em relação ao cumprimento de algumas metas que já foram colocadas. Em relação à equipe do NASF, isso acontece de forma diferente eles já trazem para gente as propostas de trabalho, então eu vejo que é diferente (profissional da gestão Distrital do NASF, 14/8/2012).

Na fala acima, identifica-se um desejo de uma supervisão “positiva” do Distrito com relação às equipes de ESF, destacando o trabalho do NASF como alinhado a essa perspectiva. Nesse caso, o profissional sugere que a cobrança e a fiscalização cedessem espaço para um trabalho mais propositivo e coletivo. Também existem

relatos sobre as diferenças na organização do trabalho do NASF e de outros níveis de gestão municipal de saúde, como é o caso do Distrito Sanitário Noroeste e da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família (COESF).

De acordo com os profissionais entrevistados, esses níveis atuam de forma pragmática, respondendo as demandas mais imediatas. Essa forma de organização também dificulta a construção e avaliação conjunta de ações, impactando no trabalho do NASF. Todavia, os profissionais salientam que existe um “discurso de apoio” e uma permissão para que o NASF funcione (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012), ainda que seja aquém da avaliação dos profissionais do NASF e da consolidação da política no município.

A relação é de apoio, só que ela é tumultuada, porque tanto a COESF quanto o Distrito hoje não tem uma organização do trabalho, eles respondem as demandas [...] não há uma parada para avaliar esse trabalho, pra construção vinculada à necessidade do território, nem da COESF pra Goiânia, e nem do Distrito Noroeste pra região Noroeste, então em cascata isso chega pra gente no NASF (coordenação do NASF, 8/5/2012).

Os profissionais questionam a relação do NASF com as outras instâncias da gestão. Os papéis da COESF e Distrito aparecem de forma indefinida para os profissionais. Essa questão parece ter sido evidenciada com o conflito em torno da coordenação do NASF. Esse Núcleo inicialmente esteve sob a coordenação direta da COESF, sem a criação específica de um cargo de coordenação. Contudo, após alguns desentendimentos dos profissionais do NASF com o apoiador matricial houve reivindicação dos trabalhadores pela mudança. Com efeito, a gestão passou para o âmbito distrital e foi criado um cargo de coordenação, sendo assumido por um profissional do NASF. Há alguns relatos sobre esse assunto:

Com o Distrito foi uma construção um pouco enviesada por alguns motivos. Assim que a gente veio para a região noroeste, a gente foi a princípio muito bem acolhido, muito bem recebido [...] no começo eles estavam um pouco afastados, eles ficavam um pouco longe, e aí não sei se essa questão de papéis não estava muito definida. O NASF estava sobre a coordenação da COESF, mas estava na região noroeste, então quem era responsável pelo o quê? Quem ia observar o quê? [...] (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Essa equipe [do NASF] pequena e outras questões que aconteceram acirraram o problema com a coordenação [do NASF], que inicialmente a gente estava diretamente vinculado à COESF [...] uma reivindicação do NASF foi de se vincular ao Distrito como qualquer organização do trabalho que é feito na saúde [...] e aí isso trouxe alguns conflitos para nossa

organização do trabalho, mas trouxe algum ganho do ponto de vista do amadurecimento do grupo, ele se fortaleceu (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

Em uma pesquisa realizada sobre a implantação do NASF em Olinda/PE, identificaram-se dificuldades no “gerenciamento do território” entre Distrito Sanitário e NASF (MENEZES, 2011). Para a autora, a maioria dos profissionais do NASF com pouca experiência em matriciamento reproduziu, agora no NASF, as atribuições anteriormente desenvolvidas quando eram trabalhadores do Distrito Sanitário. Apesar dessas dificuldades, a princípio, serem próximas do NASF em Goiânia, não nos parecem ter a mesma raiz.

No caso de Goiânia, a ênfase dada ao impacto da gestão na organização do trabalho se tornou um dos principais elementos a ser enfrentado e discutido pelos profissionais do NASF. No decorrer desse texto podemos observar essa centralidade seja no relato de práticas autoritárias dos gestores nas unidades de saúde, da fiscalização do trabalho realizada pelo Distrito Sanitário Noroeste e da organização pragmática tanto desse Distrito como da COESF. Outros profissionais relatam também a falta de compreensão desses outros níveis de gestão sobre o trabalho do NASF, assim como da necessidade de uma aproximação maior de suas ações e rotina, inclusive porque é um serviço novo, o qual poderia ser acompanhado e avaliado constantemente.

A mudança de coordenação da COESF também foi apontada como um empecilho para dar continuidade ao acompanhamento das atividades do NASF e das pactuações de ações realizadas. Esses elementos foram salientados nas entrevistas, como podemos observar abaixo.

Eu acho que falta conhecimento deles [profissionais do Distrito] pra entender o que é NASF. A gente se preparou pra isso na lida, nas leituras, a gente dá conta de compreender teoricamente, de fazer minimamente na prática. E eu acho que eles não alcançam minimamente isso que a gente está fazendo, não. Em minha opinião, o Distrito ainda, está numa lógica que ainda é de Distrito, que é meio de cumprir tarefas e não de pensar o território, e não de pensar as ações planejadas do jeito que a gente pensa. Isso pra mim é falho (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Eu percebo que poderia ser mais intensa. Eles [profissionais do Distrito] são um pouco distantes, difícil, não são tão acessíveis as demandas e às vezes a gente tem dificuldade de estar compartilhando mais as atividades. Acho até que eles tinham que estar mais presentes por ser um projeto novo, tinham que estar mais junto [...] (profissional do NASF, serviço social, 14/05/2012).

A partir da análise dos elementos problematizados acima, observamos que o enfrentamento da gestão como problema dos serviços de saúde parece ser uma das questões fundamentais para os trabalhadores do NASF, que centralizaram nessa dimensão do trabalho grande parte das dificuldades enfrentadas. Embora essa dimensão tenha papel importante no desenvolvimento do trabalho do NASF, e deva ser discutida e reorganizada, ponderamos que a gestão necessita ser compreendida como constitutiva de uma totalidade mais ampla que também precisa ser enfrentada e evidenciada.

Por exemplo, citamos as precárias condições de trabalho, a desvalorização social dos profissionais da Atenção Básica e, de forma específica, de alguns trabalhadores que compõem a equipe de saúde (CUNHA; CAMPOS, 2011). Também devem ser considerados os problemas históricos de acesso aos serviços de saúde, estruturas físicas precárias, dificuldades na composição das equipes de saúde e organização da rede de serviços (CONILL, 2008). Ademais, há limitação na formação crítica, técnica e ético-política dos trabalhadores para compreensão e atuação frente a complexidade dos serviços de saúde e da deteriorização das condições de vida da população brasileira, especialmente agravada nas metrópoles com grande densidade populacional (BRASIL, 2013).

Considerando as análises teóricas sobre as aproximações da política de educação permanente com as Diretrizes do NASF, os dados empíricos reafirmam o peso que a gestão vem ganhando nessa política, cuja centralidade se coloca no cotidiano de trabalho e na responsabilidade dos trabalhadores pelos problemas e pelas mudanças no sistema de saúde. Contudo, observamos também que os profissionais do NASF perceberam as condições precárias de trabalho que estão submetidos e criaram formas de reivindicação de melhorias, embora esses elementos não se apresentem relacionados de forma determinante ou explícita, por exemplo, com os problemas de gestão.

O conjunto dos elementos problematizados nesse subitem buscou dar visibilidade às condições objetivas de trabalho do NASF e ao enfrentamento da gestão como problema dos serviços de saúde. As práticas autoritárias e de fiscalização de cumprimento de metas, em especial, do Distrito Sanitário e dos

gestores das unidades de saúde sobre os trabalhadores e o processo de implantação do NASF sem a participação da população e dos profissionais da ESF podem ter contribuído para resistências das equipes de ESF ao trabalho do NASF. Embora a contratação de profissionais efetivos tenha trazido avanços, as condições precárias de trabalho do NASF em Goiânia e dos demais municípios expressam a fragilidade da proposta no fortalecimento dos princípios da APS e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Esses elementos devem ser analisados considerando também a tardia construção da política de saúde no município em 1998, mesmo ano de implantação da estratégia da Saúde da Família desenvolvida como uma política isolada e com recursos de todas as ordens extremamente frágeis com indicativos de investimentos e mudança de concepção apenas em 2001.

## 5.2 AS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA E A PROPOSTA DE TRABALHO DO NASF

Neste subitem buscamos problematizar as resistências de algumas equipes de ESF frente à proposta de trabalho do NASF. Nesse sentido, tentamos dialogar com experiências de implantação do NASF em outros municípios que apontam elementos próximos daqueles encontrados no NASF em Goiânia. Também objetivamos discutir a centralidade do apoio matricial na proposta de trabalho do NASF, explicitando seus elementos de avanço e limites diante da realidade de trabalho.

De forma geral, o objeto do trabalho em saúde são os indivíduos, grupos doentes ou sadios que necessitam de cuidados em saúde, sejam eles, de tratamento, prevenção, promoção ou manutenção da saúde (PIRES, 2008). As análises dos marcos legais, federais e municipais indicam que o trabalho do NASF, contudo, caracteriza-se por um deslocamento do objeto de trabalho, priorizando o trabalho com os profissionais da ESF.

De acordo com as análises dos marcos legais, a proposta apoio matricial é central no trabalho do NASF e se desdobra, principalmente, em duas dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógica. Segundo as Diretrizes do NASF essas

dimensões devem se “misturar” e são assim compreendidas: [...] “A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe” (BRASIL, 2009, p. 12).

Essa preocupação expressa nos marcos legais do NASF (BRASIL, 2009; GOIÂNIA, 2009) foi levada a cabo na condução do processo seletivo e da formação dos profissionais do NASF em Goiânia que se orientaram para efetivar essa proposta de trabalho, assim como pela tentativa de contornar os riscos do NASF transformar-se em “mini-ambulatório”. Nesse contexto, a garantia de contratação efetiva dos profissionais era uma tentativa que assegurava essa proposta de trabalho. As falas dos gestores expressam essa preocupação:

[...] a gente precisava garantir que tivessem condições de trabalhar com o NASF dentro de um modelo que ele deveria existir. A gente tinha muita preocupação que o NASF poderia virar rapidamente um ambulatório de especialidade. Então a gente nem correu tanto assim para poder tentar nesse meio tempo garantir coisas mínimas (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

[...] as contratações nos outros municípios eram um dos motivos da situação virar ambulatório, então garantir um profissional efetivo garantiria também as Diretrizes do NASF (coordenador do NASF, 8/5/2012).

O processo de formação dos trabalhadores do NASF também contribuiu para compreensão mais aprofundada sobre essa política, criação de identidade e um maior “nivelamento do grupo”. Em várias entrevistas, os trabalhadores se denominaram de “nasfianos”. Os profissionais do NASF relatam os elementos que contribuíram para a “coesão” e “integração” entre os trabalhadores, conforme os trechos de entrevistas abaixo:

Esse processo de formação de um ano, um ano e meio que foi, aparentemente, demorado para nós, trouxe um ganho também, na minha opinião. Um ganho da gente começar a se conhecer diferente, da gente conseguir ter tempo para estudar [...] isso trouxe um amadurecimento tanto no nível pessoal, quanto no nível teórico, porque a gente estudava entre a gente mesmo, construía entre a gente, mas a partir das diretrizes. Então pra mim esse início, essa implantação ela foi bem organizada, por mais que ela tenha sido enviesada em alguns momentos, mas ela foi organizada no sentido de garantir a possibilidade da gente chegar aqui já com uma base. [...] e acho que é isso que dá esse suporte de hoje a gente ter uma coesão (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Um ano antes, a gente já se encontrava uma vez por semana para fazer a capacitação, mesmo sendo um tempo curto, mas eu acho que o grupo já foi se familiarizando, já foi criando identidade (profissional do NASF, serviço social, 14/5/2012).

Bom em primeiro lugar, esse processo de educação permanente, acho que foi fundamental, até para um certo nivelamento do grupo, uma integração, e trocas, possibilidades de trocas (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

Interessante notar que durante o processo de formação e, talvez pelo longo período que esse momento ocorreu fora do planejado, os trabalhadores organizaram de forma autônoma os temas e a metodologia para estudar as Diretrizes do NASF, documento esse utilizado como referência e citado diversas vezes pelos profissionais. A “liberdade” com a qual foi possível construir esse momento de estudo e organização do trabalho constituíram no grupo uma ideia de “autogestão”, a qual trouxe contribuições e limites para o processo de trabalho, como podemos identificar nas falas a seguir:

Foi muito interessante porque a gente conseguiu fazer um processo autogerido. Uma boa parte da capacitação foi entre nós mesmos, nós que fizemos, a gente definia o que a gente precisava estudar, via quem que podia contribuir naquilo, geralmente fazia um pequeno grupo e aquele grupo preparava e trazia para equipe como um todo. E eu acho que isso foi muito bom inclusive pra construir um processo de integração da equipe (profissional do NASF, psicologia, 15/5/2012).

Acho que o que tem de bom nessa ideia, desde o início, é que a gente tem meio que uma autogestão, de permitir que cada um trabalhe seu potencial e mostre para o grupo. E foi o que deu o viés mais metodológico para o trabalho [...] Então isso a gente gerou no grupo uma ideia de que nós nos autogerimos, porque todas as pendências até administrativas e de gestão a gente acabou se envolvendo, entendia de tudo, resolvia de tudo, não tinha muita definição de quem realmente ia ou não fazer cada coisa, cada papel, até as especialidades também ficaram muito misturadas (coordenação do NASF, 8/5/2012).

A construção e organização do trabalho do NASF com as características de integração, identidade e autogestão parece ter criado uma falsa ideia de autonomia no grupo. Durante a avaliação parcial com o NASF, os profissionais indicavam uma sensação de estarem “nadando contra a maré”, com relatos de cansaço mental e angústias, em especial, quando iniciaram o trabalho no território e se depararam com as resistências das equipes de ESF, com a desorganização da rede de saúde e com a sensação de “desamparo” da gestão (diário de campo, 27/03/2012, atividade de Educação Permanente).

Nesse sentido, um gestor entrevistado também ressalta os limites do NASF, o qual, segundo ele, permanece “capacitando os trabalhadores ao mesmo tempo em que estão trabalhando” (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012). A partir desses elementos, é possível identificar uma aproximação mais evidente com a perspectiva de gestão típico das organizações qualificantes (ZARIFIAN, 1995) presente na dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial do NASF. Aliás, parece-nos que esse contexto reafirma a hipótese de Ramos (2010) de que a política de educação permanente, agora levada a cabo para a Atenção Básica por meio do apoio matricial, está mais alinhada ao modelo das organizações qualificantes do que propriamente a uma política de formação. Observamos de forma mais explícita alguns fundamentos que caracterizam esse tipo de organização, na qual, na especificidade do NASF, os trabalhadores capacitam outros trabalhadores e se autocapacitam segundo as necessidades identificadas no serviço de saúde, por meio do trabalho coletivo, com equipes repletas de autonomia que buscam atingir seus objetivos de maneira auto-regulada e auto-coordenada.

Para os profissionais entrevistados, a proposta de trabalho do NASF de apoio as equipes de ESF ficou evidente no processo formativo, conforme indica alguns relatos abaixo:

[...] a ideia do NASF era estar acompanhado as equipes em algumas situações complexas para que servisse de exemplo para eles tomarem pé e darem conta desses casos sem ter sempre que estar pedindo ajuda do NASF, que eles possam caminhar com as próprias pernas [...] (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

Sem dúvida, permitiu, vamos dizer, para aqueles que não tinham apropriado da mesma fórmula do conhecimento uma melhor apropriação, até a própria construção do trabalho, a garantia das Diretrizes NASF, a garantia de que não iria ser ambulatório e sim equipes de apoio da saúde da família e empoderou o grupo também em uma tecnologia que é pouco conhecida [...] poucos profissionais da atenção primária dominam a questão do matriciamento (profissional da gestão Distrital do NASF (1), 8/5/2012).

Algumas expectativas dos trabalhadores da ESF quanto à proposta de trabalho do NASF puderam ser identificadas no evento de lançamento do NASF. Nesse momento, também já era possível observar algumas resistências a essa perspectiva, a qual se desdobrou, segundo os trabalhadores entrevistados, em um dos principais desafios para os profissionais na organização do trabalho junto com

as equipes de ESF. Os trechos de entrevistas indicam as expectativas dos trabalhadores da ESF segundo as percepções dos profissionais do NASF:

Exatamente, nesse primeiro momento já ficou bem evidente qual era a expectativa deles [...] quando a gente falou que não seria a questão de assumir usuários, que seria uma pactuação ou um cuidado que seria compartilhado e tudo mais. Então eu acho que pode ter criado um pouco desse pensamento “se o psicólogo não vai atender o paciente que a gente mandar para ele, então o que eles estão fazendo aqui?”. Eu acho que isso contribuiu um pouco para essa resistência de algumas equipes (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Na verdade a estratégia [da Saúde da Família] também esperava especialistas que ela pudesse encaminhar e não de trabalhar junto com esses especialistas. Então eles não estão completamente entendendo o processo [...] eles querem te encaminhar mesmo, passar o trabalho, mas não compreenderam muito bem que esse trabalho tem que ser feito junto (profissional do NASF, medicina, 16/5/2012).

[...] porque não são todas as equipes que aceitam o NASF da forma que ele se propõe, que é o apoio matricial, esperam de outra forma que é a lógica do encaminhamento (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

Nos trechos acima, observam-se que as tensões e resistências entre as equipes NASF e equipes de ESF decorreram, inicialmente, da proposta de trabalho do NASF, a qual se organiza na perspectiva do apoio, diferentemente das expectativas dos profissionais da ESF. A tensão se estabeleceu, de acordo com os termos utilizados pelos profissionais, entre “assumir os usuários” contribuindo com as demandas mais imediatas das equipes de ESF a partir da “lógica do encaminhamento” ou apoiar as ações, “compartilhando” o cuidado e as construindo de forma conjunta, mantendo a responsabilidade das equipes de ESF sobre os usuários.

Diante desse contexto, marcado desde as origens do NASF em Goiânia por uma organização do trabalho que a princípio se diferenciava da maioria das equipes de ESF, observamos que os profissionais tentavam buscar respostas para as resistências de algumas equipes de ESF, como podemos identificar nos trechos abaixo:

[...] considero ainda que o trabalho com as equipes ainda é difícil, porque muitas ainda não entendem. A gente tem que demandar, às vezes, um tempo juntos, conversando, discutindo. Eles ainda têm muito essa coisa de querer resultado, e achar que a gente vai chegar e as coisas vão acontecer, vão resolver (profissional do NASF, serviço social, 14/05/2012).

[...] algumas delas [equipes de ESF] veem o NASF como uma demanda, alguém que chegou para estar complicando talvez a questão do trabalho deles. Eu não sei se talvez seja a resistência à mudança [...] Algumas equipes enxergavam o NASF com um papel fiscalizador, alguém que ia lá avaliar ou fiscalizar a forma deles de trabalho, como eles estavam trabalhando. Eu acho que isso contribuiu para esse processo de resistência (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

A partir dos relatos acima, identifica-se a necessidade das equipes ESF de resultados rápidos e da compreensão do NASF como uma demanda. Parece-nos que o trabalho do NASF, o qual se organiza, também, a partir da construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) e discussões de casos, é compreendido como demanda para as equipes de ESF. Isto porque, de maneira geral, essas equipes precisam modificar suas agendas e rotinas de trabalho para garantir esses espaços coletivos de trabalho que, comumente, são secundarizados em detrimento dos atendimentos aos usuários.

Há situações semelhantes ao NASF em Goiânia e à implantação dessa política em outros municípios. No processo de implantação do NASF no município de Fortaleza/CE, também se identificou resistências e pouca integração entre os profissionais da ESF e do NASF. Segundo Santos (2012a), essa condição era reforçada pela lógica do encaminhamento dos casos para os profissionais do NASF. Todavia, parece ser importante considerar que talvez as resistências não sejam somente pela falta de compreensão da proposta de trabalho do NASF, mas de uma tensão das equipes de ESF sobre o distanciamento dessa proposta da realidade de trabalho. Além do estudo realizado em Fortaleza/CE, as investigações em Santa Catarina (ANDRADE et al., 2012) e Pirai/RJ (MAFRA, 2012) também identificaram dificuldades no entendimento da proposta de trabalho do NASF. Na implantação do NASF em Belo Horizonte/MG, também houve compreensão do NASF como demanda (AZEVEDO, 2012). Em Olinda/PE, as resistências dos profissionais da ESF ocorreram porque eles se sentiam “vigiados” pelos trabalhadores do NASF (MENEZES, 2011).

Parece-nos importante problematizar a reação de negação de algumas equipes de ESF à proposta de trabalho do NASF que se repetiram em vários municípios brasileiros. Embora seja importante a inserção de outros profissionais na Atenção Básica, a proposta do NASF vem acirrando as contradições da realidade de

trabalho. Já que os profissionais do NASF além de não priorizarem o atendimento de demandas mais urgentes de encaminhamento de usuários, especialmente para a média complexidade, exigem da rotina de trabalho da ESF mudanças nas concepções dos trabalhadores que, de maneira geral, produzam impactos no modelo assistencial curativo, centralizador e biomédico.

Na pesquisa de Souza (2013) nos municípios cearenses de Crato, Fortaleza e Sobral, observou-se que os principais profissionais que trabalham como as equipes de NASF são os agentes comunitários de saúde (ACS). Para a autora, além das práticas profissionais das equipes de ESF serem, de maneira geral, restritas aos trabalhadores de nível superior, elas são centradas em ações clínicas e individuais e no atendimento da excessiva demanda de usuários que dificultam o trabalho conjunto com os profissionais do NASF. Esse contexto é propício para o estreitamento da relação entre os ACS e trabalhadores do NASF, porque os ACS conhecem as necessidades de apoio do território e também carecem de profissionais que atendam essa demanda, especialmente, em casos que exigem visitas domiciliares e casos complexos. Em um dos municípios estudados por Souza (2013), a falta de compreensão dos profissionais da ESF sobre o papel do NASF fez emergir nomeações pejorativas como “Núcleo que não fazia nada” ou de “N.A.S.F: não se faz” (SOUZA, 2013, p. 79). Em Goiânia, os trabalhadores do NASF relataram que em algumas equipes de ESF quando alguém se posiciona sobre uma situação a partir de reflexões e problematizações é interpelado como se tivesse “nasfiando”.

Nesse sentido, questionamos se os profissionais da ESF não compreendem a proposta de trabalho do NASF. O que nos parece mais acertado é que se sintam limitados para realizar tais mudanças diante de uma realidade de trabalho que lhes exige outras demandas. Ou conforme argumenta Souza (2013, p. 131) “as limitações colocadas são fruto do desconhecimento ou da não aceitação apresentada como desconhecimento?”, já que na maioria das vezes a política NASF é imposta não sendo os profissionais inseridos no processo de implantação. É certo que as mudanças no sistema de saúde brasileiro são necessárias, contudo essas não ocorrerão apenas pela vontade dos sujeitos, já que os atores sociais se posicionam a partir de projetos societários em disputa e reproduzem como sujeitos sociais as desigualdades que os constituem e que determinam suas consciências

sobre o mundo e também sobre suas concepções sobre o SUS (VIEIRA et al., 2006).

Alguns profissionais do NASF em Goiânia relataram a dificuldade em organizar momentos coletivos junto às equipes de ESF. Ao que parece, essas dificuldades são potencializadas por alguns gestores de unidades de saúde que pressionam os trabalhadores, em especial, os médicos para o cumprimento de metas de atendimentos/consultas diárias (diário de campo, 29/02/2012, reunião entre NASF, Distrito Sanitário Noroeste e COESF). O que se identifica nessa relação conflituosa com as equipes de ESF é a mediação de uma gerência que impõe aos trabalhadores metas sob um regime de fiscalização, como já ressaltamos no subitem anterior.

Ainda que se observem resistências com relação ao trabalho com as equipes de ESF, essa condição não é homogênea. Um dos profissionais expõe sua opinião sobre esse tema:

Com relação às equipes de saúde da família a gente vive situações assim, bem distintas, tem equipes que se fosse por elas a gente vivia com elas, tem equipes que só de ouvir falar de NASF já ficam resistentes e não querem muito a nossa colaboração (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

As dificuldades, no entanto, não estão claras para a grande parte dos trabalhadores do NASF, ainda que reconheçam alguns elementos que possam estar determinando a constituição dessa relação de conflito. Nesse sentido, os trabalhadores indicaram a necessidade de realizar uma avaliação com as equipes de ESF e solicitaram contribuição da pesquisadora nesse processo, o qual até o momento da finalização da coleta de dados não tinha sido encaminhado. Importante salientar que não houve consenso se essa atividade deveria ser realizada, inclusive pelos trabalhadores do próprio NASF (diário de campo, 04/06/2012, atividade de planejamento).

Diante dessa complexidade, os profissionais do NASF buscaram estratégias para superar as resistências de algumas equipes de ESF. Alguns trechos de entrevistas problematizam essa questão:

Eu fui convidado pra ir a uma equipe agora dia 18 fazer uma atividade, vai ser do dia das mães, e ai eles querem fazer uma coisa de palestra, de relaxamento, de alongamento, e me chamaram. Conversei com a equipe e

avaliamos: "Ô não é bem a lógica, mas vai porque isso vai garantir uma inserção diferente, vai trazer outra condição para gente também se apresentar lá de uma maneira que a gente limpa a área um pouco, e consiga ser mais aceito" (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

ACS [Agente Comunitária de Saúde] entrou no carro e relatou o seguinte, falou assim: "cadê o médico?" Aí a gente falou assim: "não, aqui a gente é a nutricionista, o professor de educação física e a farmacêutica", aí ela: "não, mas então não tem jeito, porque lá está precisando é de receita" [...] aí a nutricionista foi fazer toda uma abordagem com ela, falar que as vezes não é só a questão do médico que a pessoa está precisando naquele momento, está precisando de uma escuta, está precisando de outros cuidados que não só o médico pode dar. Até que essa ACS foi nessa visita e ela voltou com outra cabeça em relação a esse cuidado que foi dado naquele momento, foi interessante esse dia (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

Ao analisar as entrevistas acima é interessante identificar as possibilidades alternativas criadas pelos profissionais diante de processos rígidos e que reproduzem determinado modelo assistencial. Assim, os trabalhadores do NASF avaliaram a necessidade também de atender aos chamados das equipes de ESF, geralmente por especialidade. Ainda que o NASF não concorde a princípio com a ação solicitada parece reconhecer a característica processual e relativa das mudanças. Um trabalhador ressalta alguns desses elementos:

Há essa tendência de início, mas a gente vem percebendo que na medida em que a gente vai conversando, vai trabalhando juntos, vai melhorando a compreensão deles de que trabalho não é ambulatorial, não é de especialista. É um trabalho de intervenção sanitária, de saúde pública no sentido mais amplo possível (profissional do NASF, psicologia, 15/5/2012).

De forma geral, os profissionais do NASF relatam que as dificuldades no trabalho com as equipes de ESF estão relacionadas, entre outros elementos, a centralidade das práticas assistenciais em detrimento das ações de promoção da saúde e educativas. Alguns trabalhadores problematizam essa questão:

Eu acho que vai muito de mudança de modelo mesmo, não vai ser uma questão imediata, porque a visão ainda é muito essa, curativa, do atendimento, do imediato (profissional do NASF, serviço social, 14/05/2012).

A dificuldade minha maior mesmo é justamente a questão de mudar a prática de trabalho [...] que dá muita atenção para questão de consulta, que dá muita atenção pra questão de receita, muita atenção ainda pra questão assistencial [...] eu acho que esse talvez seja a nossa maior dificuldade aqui (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Os profissionais do NASF mencionam a necessidade de mudança não só das práticas dos trabalhadores da saúde, mas também da compreensão da população sobre o papel da Atenção Básica no SUS. Em grande medida, as pessoas que utilizam o serviço público de saúde reforçam a manutenção de práticas assistenciais hegemônicas exigindo das equipes de saúde a reprodução do padrão curativo, médico centrado e medicalizado. Nesse âmbito, as práticas coletivas de participação, de grupo e educativas são secundarizadas também sob essa influência. Alguns profissionais expõem suas opiniões sobre esses elementos:

[...] acho que é mudança mesmo cultural, das pessoas, dos usuários, da saúde, tanto é que eles querem emergência, querem médicos. Então essa questão de ir ao médico para cuidar, fazer uma prevenção [...] é uma mudança não só dos profissionais de saúde, mas é uma mudança cultural das pessoas de valorizar uma ação preventiva. É um desafio! (profissional do NASF, serviço social, 14/05/2012).

Somado a isso tem muita pouca ação sendo desenvolvida em educação e saúde ainda na região, ainda está muito direcionado para visão ambulatorial mesmo (coordenador do NASF, 8/5/2012).

Diante desse cenário de tensões, que a priori parece localizar-se apenas entre as equipes NASF e equipes de ESF, observamos que essa relação também é determinada por outros elementos, como indica um gestor:

Nós estamos em um momento de muitas mudanças na Saúde da Família, houve mudanças de horário e isso gerou toda uma revolução dentro das práticas de acolhimento, de agendamento, o caos. Então o NASF entrou em um momento também que ele está muito mais cuidando das equipes do que dando conta de cuidar da população através das equipes. [...] Além do que as equipes nesse momento, muitas delas, estão muito pouco permeáveis dentro desse caos para receber essa ajuda (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

Essas mudanças ocorreram na tentativa de ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde e, principalmente, para enfrentar a rotatividade dos profissionais e cumprimento da carga horária de trabalho. Nesse sentido houve uma proposta de mudança no período de atendimento das equipes de ESF com ampliação do horário durante os dias da semana, das 7h às 19 horas, e inclusão do sábado, no período matutino, para atendimento aos usuários. Essa proposta não foi impositiva e contou com a adesão das equipes de ESF. Portanto, em Goiânia, há diferentes horários de atendimento das equipes de ESF. Ainda que as mudanças

tenham ocorrido recentemente, os trabalhadores do NASF indicam a persistência do problema:

Os obstáculos são as mudanças de profissionais médicos, enfermeiros dentro das equipes, eu acho que esse é o maior obstáculo que às vezes emperra um pouco o desenvolvimento um pouco das ações e dos projetos (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

A estratégia da Saúde da Família oferece uma gratificação melhor e muito atrativa, então para quem entra no município ficar na rede e ir pra estratégia faz muita diferença em relação ao salário. E às vezes nem sempre esse profissional vai pra estratégia por um ideal ou uma identificação com o programa (profissional da gestão Distrital do NASF, 8/5/2012).

O trecho de entrevista acima relata as dificuldades de um gestor com relação à garantia da identificação dos profissionais com o trabalho da Atenção Básica e a rotatividade dos trabalhadores nos serviços de saúde. Com a criação do NASF e, conseqüentemente, a inserção de outros trabalhadores na ESF, pode-se intensificar essa prática, conforme há alguns indícios na implantação do NASF em municípios (MENEZES, 2011; MAFRA, 2012) onde os profissionais mantiveram vínculos anteriores com o trabalho do NASF. A tentativa de valorização dos profissionais da ESF que, em geral, recebem salários mais altos se comparados a outros serviços públicos de saúde envolve também a exigência de dedicação dos profissionais com carga horária de 40 horas semanais. Embora essa característica tenha sofrido uma flexibilização na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), essa condição pode permitir maior vínculo dos profissionais com a população a partir de práticas assistenciais, mas também de visitas domiciliares, atividades de grupo, ações educativas, participação nas reuniões do Conselho Local de Saúde e reuniões de equipe, entre outras.

Diante das dificuldades relatadas, também é possível identificar falas de avanço no trabalho do NASF junto às equipes de ESF e da população na região. Alguns trechos de entrevista abordam esses elementos.

Nós já notamos, apesar de ter equipes que ainda tem essa dificuldade de entendimento, que tiveram grandes avanços com algumas delas, principalmente unidades inteiras que, às vezes, ainda estavam desestruturadas que a gente está auxiliando até no processo de trabalho. Então já está havendo assim uma fala diferente em relação ao NASF [...] e agora a gente já percebe que tem usuários satisfeitos, agradecendo a equipe. E a equipe retribuindo isso para gente que o usuário está feliz com as mudanças que foram proporcionadas. E o contato maior com o usuário é

com a equipe então ele valoriza a equipe [...] então já tiveram grandes avanços (profissional do NASF, medicina, 16/5/2012).

A gente está conseguindo trazer para as equipes de Saúde da Família, um contexto diferente de ver essas famílias. Então acho que isso também é um grande avanço que a gente está conseguindo trazer de diferencial para a região. Embora isso ainda não reverbere do jeito que deve ser [...] mas eu vejo que daqui três, quatro anos a gente vai ter uma região que vai estar com uma equipe de saúde da família bem implementada, com outros referenciais teóricos que talvez hoje não tenha. Uma outra condição de atuação que vai ser a partir do NASF [...] (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Em se tratando da relação do NASF com a atenção secundária, um dos gestores relata a questão na região:

Até porque, aqui, a gente tem muito caso de transtorno mental na região. É um dos nossos grandes problemas e acho que até é um problema da própria Secretaria [de saúde] é a atenção secundária, em relação a consultas de psiquiatra, trabalhos, acompanhamentos. E isso a gente vê uma diferença muito grande com aquelas equipes que tem a atenção do NASF. Na maioria das vezes eles conseguem acompanhar esse paciente que ficaria perdido, porque nós não temos CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] aqui, então quando a gente referencia para uma atenção secundária os nossos usuários aqui tem muito pouco recurso então se depender de um passe para o transporte às vezes já inviabiliza o tratamento. Então eles conseguem um acompanhamento dentro do território mesmo (profissional da gestão Distrital do NASF, 14/8/2012).

A fala do gestor indica a importância do trabalho do NASF com a demanda reprimida vinculada à saúde mental no território. Nesse caso, o usuário não precisa ser referenciado para outro serviço que exige, entre outros elementos, a disponibilidade para o atendimento e o deslocamento do usuário muitas vezes para regiões distantes, pois conforme se indica na fala do gestor não há CAPS na região. A ampliação das funções e de serviços no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde foi uma tendência identificada em alguns países europeus na década de 1990 (GIOVANELLA, 2006), conforme problematizado em capítulo anterior. Todavia, as mudanças nesses sistemas também envolveram maior controle dos profissionais da Atenção Primária em Saúde sobre os prestadores de serviços. Elemento esse muito distante da realidade brasileira, onde convivem a falta de serviços da atenção secundária e a dependência do setor privado, chegando no país a 95% no caso de estabelecimentos de apoio diagnóstico e tratamento (PAIM, 2008). Nesse sentido, apesar da ampliação de serviços no âmbito da Saúde Mental na APS em Goiânia, as dificuldades de acesso e integralidade dos serviços persistem, pois essa

ampliação ocorre desarticulada de uma estruturação efetiva da rede de serviços, distorcendo o papel de coordenação do cuidado da APS e tornando-a refém da hegemonia do setor privado complementar e conveniado ao SUS.

De forma geral, observamos que a proposta de trabalho do NASF centrada no apoio matricial desloca o objeto de trabalho para a priorização de ações com os profissionais da ESF. Fundamentado na Educação Permanente e no método da roda (CAMPOS, 2000a), o apoio matricial agudiza de forma mais marcante os princípios que centralizam o local de trabalho como espaço de transformação, a responsabilização dos trabalhadores pelas mudanças no sistema de saúde e a ênfase na subjetividade dos trabalhadores a partir de práticas de diálogo e comunicativas. Há indicativos de proximidade com o modelo de gestão típico de organizações qualificantes (ZARIFIAN, 1995), especialmente a partir da ideia de autogestão que parece estimular uma falsa autonomia nos profissionais, os quais ao enfrentar a realidade de trabalho se sentiram cansados e angustiados.

A proposta de trabalho do NASF provocou resistências em algumas equipes de ESF que indicam, entre outros elementos, um distanciamento da realidade de trabalho. Além disso, a maneira de organizar o trabalho NASF exige das equipes de ESF mudanças na rotina de trabalho que, em geral, estão concentradas em práticas assistenciais, as quais são reforçadas pela fiscalização de alguns gestores de unidades de saúde e pela falta de compreensão da população sobre o papel da Atenção Básica no processo saúde-doença. Além disso, outros elementos influenciam esse processo, como a rotatividade dos profissionais, a dificuldade de cumprimento de carga horária e a garantia do perfil profissional para o trabalho na ESF. Alguns avanços também são identificados no trabalho do NASF, todavia se apresentam de forma limitada para enfrentar problemas históricos nos serviços de saúde.

### 5.3 O DIÁLOGO MULTIPROFISSIONAL DO NASF E A CONSTRUÇÃO INTERDISCIPLINAR NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Neste subitem, objetivamos trazer reflexões sobre a interdisciplinaridade, a qual representa, segundo parte significativa dos trabalhadores, um dos elementos

centrais na organização do trabalho do NASF. O intuito é problematizar as diferentes concepções que se apresentam sobre esse tema entre os profissionais e os elementos que constituem o processo de construção dessa perspectiva, ressaltando seus momentos de tensão, avanços e recuos.

Para os profissionais do NASF, a interdisciplinaridade é considerada uma das principais conquistas do trabalho, tanto no trabalho desenvolvido em cada equipe NASF como no geral, envolvendo todos os profissionais. Os trabalhadores também relatam que o trabalho com a coordenação do NASF ocorre dentro dessa perspectiva. Um trecho de uma entrevista indica o entendimento de um profissional sobre essa questão.

Eu vejo que realmente acontece essa interdisciplinaridade, porque o nosso olhar a partir de um caso ele é compartilhado, mesmo com profissões diferentes, a gente consegue ter um olhar e compartilhar esse olhar, discutir um pouco da percepção de um, de outro, eu percebo que isso acontece (profissional do NASF, serviço social, 14/05/2012).

Ao analisar as entrevistas, identificamos entre os sujeitos da pesquisa outras concepções sobre interdisciplinaridade com expressões do tipo “compartilhamento do olhar”, de “troca”, “aprendizado com o outro” e de uma percepção de “diluição” ou “mistura” das áreas ou categorias profissionais. Além disso, um trabalhador relata que sua equipe faz mais do que um trabalho interdisciplinar, ele avalia que “eles pensam todas as áreas de uma maneira única” se aproximando de uma perspectiva transdisciplinar (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012). Os entrevistados expressam suas concepções sobre o tema:

E pensando a coordenação [do NASF], pensando o NASF em geral, eu acho que a gente já dá conta. A gente faz a interdisciplinaridade porque a gente já se diluiu [...] (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Nós percebemos que quando a gente avança no aprimoramento dos conhecimentos, nas ações de campo, que não são específicas da sua área, a oportunidade de troca é muito grande. [...] No meu grupo NASF [...] essa troca, ela está diluída. Quero dizer assim, esse conhecimento ele se mistura, a gente aprende muito com o conhecimento específico do outro [...] e isso possibilita a gente avançar nesse conhecimento mais de campo [...] Então eu acho que o principal nesse trabalho interdisciplinar tem sido isso, a possibilidade da clínica ampliada que é muito intensa (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

No fragmento acima, o trabalhador cita a “clínica ampliada” como aquilo que é principal no trabalho interdisciplinar e referencia a discussão de campo e núcleo

para diferenciar os conhecimentos específicos das categorias/áreas dos aspectos gerais, ou seja, aqueles do âmbito da saúde pública. Essas noções estão descritas nas Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) e desenvolvidas por Campos (2000b), sendo utilizadas de forma recorrente entre os trabalhadores investigados. Conforme analisamos em capítulo anterior, embora a proposta de clínica ampliada redimensione criticamente a compreensão do processo saúde-doença, o faz reforçando o envolvimento da subjetividade do trabalhador, com ênfase nas habilidades de integração entre os trabalhadores e nas competências comunicativas.

Ainda que pesem alguns elementos de avanço, a maioria dos profissionais indica uma perspectiva interdisciplinar de negação das especialidades e dissolução das fronteiras entre as profissões na tentativa de superar a fragmentação e especialização no trabalho. Essa compreensão se aproxima de uma acepção eclética de interdisciplinaridade, constituinte da tradição pós-moderna, na qual se dilui as especificidades de cada ciência em uma aparente noção homogênea, neutra e supostamente superadora (MUELLER, BIANCHETTI, JANTSCH, 2008; FOLLARI, 2011; FRIGOTTO, 1985), conforme problematizado em capítulo anterior. Outros elementos abaixo parecem reforçar essa assertiva, ainda que apresentem também aspectos de avanço como, por exemplo, a relação democrática entre os trabalhadores do NASF. Um dos profissionais do NASF exemplifica como a interdisciplinaridade acontece na sua equipe NASF e no apoio as equipes da ESF:

Nós fazemos o trabalho de matriciamento, de apoio matricial, para as equipes da estratégia da saúde da família, e a gente vai para as reuniões e não tem percebido se há diferença quando é um de nós que coordena ou quando é outro [...] A outra coisa é no desdobramento dos trabalhos com as equipes [de saúde da família], e a gente também não tem percebido se faz diferença quando é uma ou se é outra categoria que está presente lá na hora das intervenções (profissional do NASF, psicologia, 15/5/2012).

Eu acho que no nosso trabalho de apoio em geral, o NASF indiferencia profissão [...] a equipe precisa de um apoio, de um psicólogo, e ela chama qualquer um e muitas vezes o que ela precisa é atendido, mesmo sendo um professor de Educação Física (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

A partir do trecho acima, apesar de certa conotação negativa à área da Educação Física, identificamos a reiterada alusão ao processo de diluição das especialidades. Observamos, também, que além da construção “interna” da interdisciplinaridade nas equipes NASF e no grupo como um todo, também há falas

indicando que nas intervenções do NASF com as equipes de ESF não há diferenciações entre as categorias profissionais, apesar das equipes solicitarem, na maioria das vezes, intervenções específicas.

Nas entrevistas acima, identificamos uma perspectiva democrática de intervenção profissional quando há tentativas de superação das relações assimétricas na coordenação das reuniões de matriciamento. Todavia, a ideia de indiferenciação profissional indica uma homogeneização que reforça a acepção eclética anteriormente problematizada. Neste caso, se extinguem as especificidades, diluindo o *corpus* teórico-metodológico de cada ciência, elementos que dificultam o processo interdisciplinar já que as disciplinas constituem a base para uma fase superior de interdisciplina (FOLLARI, 2011; JANTSCH; BIANCHETTI, 2011).

Apesar disso, possivelmente a maneira pela qual o trabalho do NASF foi organizado contribua para o processo interdisciplinar, já que há momentos coletivos de planejamento, de reflexão sobre o trabalho, de discussões de casos nas equipes NASF propiciados, também, pelo alojamento dos profissionais em um único local de trabalho. Para um dos profissionais, o NASF é organizado pelo trabalho, isto é, pelos “eixos” e pelos parceiros com os quais ele se relaciona (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

O processo interdisciplinar é, contudo, mais difícil com outros níveis de gestão, como o Distrito Sanitário e a COESF, assim como com a maioria das equipes de ESF. Talvez essa dificuldade também tenha alguma relação com a lógica de organização do trabalho nesses locais. Um profissional relata sua compreensão sobre o tema.

Nas unidades não é interdisciplinar, a gente não consegue fazer do jeito que a gente faz aqui internamente, na minha opinião. Porque a gente ainda está fragmentado no pensamento, está fragmentado na lógica do trabalho, pensando as equipes lá na ponta (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Considerando essa dificuldade, um dos profissionais do NASF relata, também, que houve um momento de discussão no grupo em como responder as demandas específicas das equipes de ESF, a qual comumente vem por especialidade. Abaixo, destacamos um trecho sobre esse assunto:

No início a gente fez uma discussão sobre isso, teve um planejamento que garantiu o momento para que a gente não continuasse nessa lógica de atender todas as demandas. E a demanda surge normalmente por disciplina, por formação específica [...] E aí a orientação foi para que a gente não atendesse essas demandas específicas e começasse atendê-las na medida em que elas integrassem o nosso planejamento. A ideia é de pensá-las de maneira interdisciplinar mesmo. [...] Eu acho que a gente começou a fazer uma primeira reflexão que tangenciou a questão da interdisciplinaridade (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

No fragmento acima é possível identificar uma atenção para a discussão da especialidade no trabalho interdisciplinar, diferente das concepções iniciais que vêm esse processo como “pensar de maneira única”, “diluir ou misturar” as especialidades ou mesmo na ideia de indiferenciações das profissões. Considerando essa perspectiva, um dos profissionais questiona se o trabalho desenvolvido pelo NASF pode ser considerado interdisciplinar. Abaixo um trecho de entrevista aborda o assunto:

Nesse sentido, o trabalho não está sendo necessariamente interdisciplinar, se a gente vai pensar em cada uma das formações, mas são as experiências no trabalho [...] que têm ajudado mais. Então a gente tem uma farmacêutica que trabalhou no Distrito, então ela tem uma noção do fluxo da rede com relação ao processo de medicação [...] isso tem nos ajudado demais. Isso com certeza não é da formação inicial dela, mas é de uma experiência que ela teve em outro momento de trabalho. Então a reflexão que eu faço [...] é que as experiências do trabalho anterior tem contribuído muito mais, do que de fato a formação inicial (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

A reflexão realizada pelo profissional coloca um elemento interessante para discussão sobre o trabalho interdisciplinar. Se tomarmos como referência o exemplo dado pelo profissional na citação acima, a partir do qual ele salienta o conhecimento da farmacêutica sobre o fluxo de medicamentos na rede de saúde, notamos que o trabalho aparece como elemento central do processo educativo. Esse aspecto se torna mais evidente e contribui para o trabalho interdisciplinar na medida em que a maioria dos profissionais do NASF possui amplo conhecimento e experiência profissional nos serviços de saúde de Goiânia, como se pôde identificar no perfil sócio-profissional dos trabalhadores do NASF.

De maneira geral, os profissionais do NASF avaliam que a construção interdisciplinar se constituiu de forma positiva na organização do trabalho. Embora, para alguns a construção desse processo tenha ocorrido de maneira difícil, haja

vista a inexperiência e “estréia” para maioria dos profissionais. Alguns trabalhadores relatam essas dificuldades:

Para muitos de nós, se não dissermos para todos nós, a vivência da interdisciplinaridade aqui é estréia, muitos de nós nunca tínhamos vivenciado algo nesse sentido. E eu considero que a gente conseguiu fazer relativamente bem, considerando que a gente não tinha uma trajetória anterior. E que nós fizemos isso com um grupo formado de pessoas que vieram de realidades bem distintas (profissional do NASF, psicologia, 15/5/2012).

A academia prepara a gente para ser muito técnico [...] E para você começar a sair do técnico e entrar no interdisciplinar no começo foi um pouco difícil por não ter uma noção ainda de como fazer ou de como seria trabalhar, discutir dessa maneira. Eu particularmente sempre fui da atenção especializada antes de vir para o NASF. Então eu não tinha muito essa prática de discussão de casos, conhecia daquilo que era da minha competência, até a gente conseguir pegar o jeito de trabalhar em equipe levou certo tempo (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

No trecho acima, identificamos o relato acerca de uma das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Uma delas se refere à ênfase da formação acadêmica em aspectos técnicos e a falta de preparação para o trabalho interdisciplinar, se constituindo como estréia para os profissionais. Parece-nos importante retomar que alguns dos limites mais sérios para a construção do trabalho pedagógico interdisciplinar são, além das condições de trabalho, o especialismo na formação considerando seu caráter fragmentário, positivista e metafísico (FRIGOTTO, 2011; FRIGOTTO, 1985). Apesar de não se anunciar de forma explícita nas entrevistas, há um risco possível de ocorrer, na lógica de trabalho do NASF, uma concepção voluntarista e rendentora do trabalho interdisciplinar, considerando o pressuposto de que por ato de vontade dos sujeitos se possa realizar um trabalho com essas características. Sobre esse tema, Jantsch e Bianchetti (2011) acrescentam que o principal não é ter ou não trabalho em equipe, mas analisar em que condições as “parcerias” são realizadas.

Um dos limites que se desdobra dessas concepções anteriores é o ocultamento das condições objetivas e históricas da produção da existência, isto é, a base material que impõe os limites para a construção interdisciplinar, independente da vontade dos sujeitos (FRIGOTTO, 2011). Apesar dos trabalhadores não identificarem com clareza essas determinações, alguns problematizam dificuldades no trabalho coletivo, conforme nota-se nas entrevistas que seguem. Nesse sentido,

apesar dos relatos ressaltarem a importância da organização do trabalho do NASF, identificamos nas entrevistas com alguns profissionais dificuldades e tensões no grupo para dar continuidade ao trabalho coletivo e em equipe, como podemos observar abaixo:

O trabalho em equipe eu acho que a gente avançou muito durante muitos meses, e assim eu, particularmente, tenho sentido dificuldade nos últimos meses, da gente conseguir se concentrar, da gente conseguir estar coeso, porque no começo tudo era difícil, todo mundo pensava muito, muitas ideias e muitos conflitos, depois a gente passou a pensar muito parecido, a fazer trocas [...] e de cada experiência que cada um teve, nos seus lugares de trabalho anteriores. Então a gente passou a fazer mais trocas do que ter conflitos e aí passamos a crescer, crescer e de alguns meses pra cá eu sinto que há uma certa, não sei dizer se é desmotivação do grupo ou se é só uma desarticulação das ações, talvez um reflexo da falta do planejamento adequado (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

[...] mas no geral está cada vez mais fragmentado. Não sei se a tendência, a gente não teve tempo pra avaliar isso. Porque até esses momentos coletivos prejudicados, prejudicam a avaliação do grupo também, para que rumo que vamos, a situação de autonomia já não é mais a mesma [...] a gente está quase indo porque está sendo levado já, que era uma preocupação inicial grande, da gente não ser engolido pela demanda e tudo, hoje eu já não vejo tanto, estamos mais antenados em responder (coordenação do NASF, 8/5/2012)

Quando indagados sobre os possíveis motivos para essas percepções, dois trabalhadores complementam:

Eu acredito primeiro porque parte do grupo não defende a necessidade de uma forma de planejamento. Não estou falando de método, quadradinho, planinhos de ação, tabelinhas, não estou falando disso. Estou falando de uma estratégia de problematização mesmo, das questões mais importantes, dos eixos, das ações, para se pensar as ações do NASF, um planejamento nosso. Então acho que é um dos motivos pelo qual tudo isso está acontecendo é porque boa parte está cansada. Acho que a palavra é essa: cansaço mesmo, porque é desgastante o processo de trabalho e de planejamento (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

Às vezes a questão do início do nosso trabalho que é sempre essa rotina de repasse, e de sentar ali naquela mesa, às vezes fica um pouco cansativo. A gente não conseguiu uma forma de organizar melhor essa questão, porque para algumas pessoas é muito interessante e para outras nem tanto (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

Nas discussões suscitadas durante a avaliação parcial com o NASF foi utilizado como metáfora a ideia de “nadando contra a maré” para problematizar o relato de cansaço e de desgastes dos trabalhadores. No momento da avaliação parcial, os profissionais acrescentaram a falta de formação acadêmica para

desenvolver o trabalho do NASF, em especial, o trabalho em equipe. Também foi discutido o risco de um processo de idealização do trabalho interdisciplinar que pode mascarar as dificuldades e tensões no grupo.

Também foi possível identificar outras tensões com relação à construção do trabalho coletivo do NASF. Tal construção pressupõe para os trabalhadores compartilhamento das dificuldades e das fragilidades que, em boa medida, são permeadas pelas relações pessoais estabelecidas no grupo. Nesse processo houve conflitos, principalmente com um dos gestores. Alguns extratos de entrevistas indicam elementos sobre essas questões:

Tive muitas dificuldades e ainda tenho em como matriciar casos sem melindrar ninguém. Enfim dificuldades que se vê que são de amadurecimento dos profissionais num modelo que eles têm que colocar as suas práticas para serem discutidas, porque é isso que é o trabalho deles também com as equipes de saúde da família e isso é muito difícil. De serem capazes de não saber com tranquilidade para poder continuar sabendo (risos) (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

E aí eu vejo que a questão interdisciplinar ela tem muito a haver com a relação pessoal. E as relações pessoais aqui propiciam muito essa questão de você ter liberdade de conversar com a pessoa sobre um assunto determinado, sobre um caso específico etc. (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Nos fragmentos acima, transparece uma aproximação à concepção voluntarista do trabalho interdisciplinar quando os profissionais ora mencionam a necessidade de amadurecimento ora enfatizam as relações pessoais. No último caso, expressando a opinião de outros profissionais do NASF. Esse elemento tem forte característica subjetiva, pressupondo que a partir da vontade individual ou da personalidade se permitirá ou não o trabalho interdisciplinar. Os profissionais necessitam ter vontade e desejo para o trabalho coletivo, contudo essas não são condições unívocas. A interdisciplinaridade emerge de uma realidade contraditória e de uma totalidade em permanente movimento, não se tratando de apenas reunir especialistas competentes, mas de considerar sua postura e visão de mundo (FRIGOTTO, 1985; KUENZER, 2002). A perspectiva voluntarista também parece se colocar no trabalho do NASF com algumas equipes de ESF, o que pode reforçar as dificuldades do trabalho como atreladas, principalmente, aos profissionais, seja pela

falta de comprometimento ou pela falta de compreensão sobre determinados temas/políticas.

Durante o processo de formação dos trabalhadores do NASF também houve uma ênfase na construção interdisciplinar, no entanto, ao mesmo tempo, parece ter ocorrido a desconstrução da especialidade. Dois profissionais relatam suas percepções.

Nós tivemos um processo de formação, de educação permanente que foi muito voltado para isso, para gente ter uma visão interdisciplinar e esquecer um pouco essa prática de trabalhar como simples especialidade isolada. Não que a gente tenha que esquecer as nossas especialidades, mas não trabalhar com ela de uma forma tão isolada como era a prática, pelo menos minha prática era assim (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

[...] a resistência inicial em não deixar que a gente caísse em uma rotina só de atendimento, fez com que a gente não assumisse nenhum atendimento [...] (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

Nesses trechos, os profissionais relatam a ênfase dada no processo formativo do NASF de negação da especialidade, o que gerou o não atendimento de casos por especialidade. Essa situação de construção de identidade do NASF por aquilo que ele não deveria ser também foi problematizada na pesquisa de Souza (2013), na qual a autora salienta que além dos gestores ressaltarem essa perspectiva reforçando esses elementos no processo formativo, os trabalhadores do NASF em meio a tensões com as equipes de ESF assumem o papel normatizador das Diretrizes do NASF para assegurar a proposta de trabalho.

Alguns trabalhadores ressaltam, contudo, a ênfase no trabalho do NASF em atender a demanda das equipes de ESF, a partir de casos complexos envolvendo transtornos mentais, os quais exigiam, na maioria das vezes, maior atuação do psicólogo. Algumas falas expressam essas percepções:

Eu percebo que em função das ações serem principalmente saúde mental, oitenta, noventa por cento, são em saúde mental, a gente tem uma visibilidade muito grande de entrar, de aprender nessa área, mas que a demanda ainda é muito grande para o psicólogo. Eu acho que, em alguns momentos, a gente se sente um pouco deslocado, não é bem deslocado, mas é assim "no que será que eu posso ajudar? Sou nutricionista, mas eu tenho conhecimento de campo também, eu posso contribuir nisso, mas no que?" A necessidade está sendo se sentir mais útil (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

A gente começa aqui no território seguindo a demanda da equipe, então isso direciona muito o trabalho do apoio matricial. O fluxo que a gente

construiu é: a equipe solicita e o NASF vai até a equipe e começa a discussão do caso. Isso acabou gerando na equipe uma ideia de equipe enquanto bloco mesmo. Essa equipe vai junto, resolve, faz o PTS [Projeto Terapêutico Singular], não há uma preocupação por especificidade, por especialidades, em estar montando ações. Então a equipe NASF hoje está direcionada para a demanda da equipe de estratégia [da saúde da família], que está muito voltada para os casos complexos envolvendo transtornos mentais, muito mais vinculada à saúde mental do que talvez a demanda do território (coordenação do NASF, 8/5/2012).

Observamos que a maneira pela qual o NASF se organizou para apoiar as equipes de ESF, ou seja, a partir da suas demanda mais urgentes, também contribuiu para secundarização das especialidades. Lembrando que o instrumento intitulado de “primeiro contato” foi utilizado pelo NASF para, entre outros elementos, identificar junto às equipes de ESF suas principais demandas e temas para o enfrentamento da saúde-doença na região. Conforme relatado no trecho de entrevista acima, não houve por parte do NASF ações mais amplas de análise no território, as quais podem ser próximas ou totalmente diferentes das demandas que as equipes de ESF relataram como principais. Souza (2013) salienta que é necessário uma inserção territorial mais concreta dos profissionais do NASF, pois o formato proposto para o NASF e as condições de trabalho não tem permitido conhecer o território. A reprodução de informações e a identificação de parceiros não implicam diretamente em ações que considerem as necessidades do território.

Para um dos gestores entrevistados, a priorização da saúde mental no NASF em Goiânia pode ter ocorrido pela história de constituição dessa política na região. Como já foi ressaltado, o NASF surge tendo como referência um trabalho desenvolvido com matriciamento em saúde mental. Vários profissionais envolvidos com essa experiência estão no NASF, direta ou indiretamente, o que pode ter contribuído com a visibilidade desses casos na região, além da magnitude que vem ganhando esse tema na saúde pública. Dois entrevistados relatam a história do NASF em Goiânia e sua relação embrionária com a saúde mental.

[...] a origem do NASF na saúde mental continua sendo a principal característica do nosso NASF [...] talvez porque eu seja da saúde mental, porque o começo foi pela saúde mental, porque as pessoas mais capacitadas do NASF em matriciamento e território são os profissionais de saúde mental. Então faz com que nosso NASF tenha uma forte prioridade na construção das ações de saúde mental e demandas das equipes muito focadas nos casos mais difíceis que, geralmente, envolvem questões de saúde mental. Então quase uma equipe multiprofissional que está bastante

focada em promoção da saúde e principalmente atenção em saúde mental (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

[...] o nosso NASF aqui tem essa característica. Ele é muito forte na questão da saúde mental. Eu acho que eles tomaram um pouco a frente desse processo e a gente aprendeu muito também a partir dessa experiência que eles já tinham no território, que eles já tinham na região (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

De forma similar, a implantação do NASF em Belo Horizonte/MG teve forte influência de uma experiência antecessora, contudo na área da reabilitação. Essa característica se manteve como eixo central para estabelecimento de prioridades e organização do trabalho. Esse arranjo não contribuiu para construção de outras ações estratégicas, de articulação com atenção secundária e outros setores. De acordo com o autor, o NASF se tornou apoio para os casos e não para as equipes de ESF (AZEVEDO, 2012). Em Goiânia, a centralidade do NASF na saúde mental também parece ter contribuído para secundarização de outras áreas estratégicas, da articulação com a rede de serviços e com outros setores (diário de campo, 08/02/2012, reunião com Distrito Sanitário Noroeste e Programa de Atendimento Domiciliar).

Os profissionais do NASF estavam atentos a necessidade de enfrentamento da discussão sobre as especialidades e da construção de ações específicas do NASF. Para um trabalhador, existia dificuldade em se identificar como especialista no NASF (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012). Para a coordenação do NASF, há necessidade da especialidade também acontecer para gerar “interesse do profissional” e porque “muitas vezes eles tem crise de identidade” (coordenação do NASF, 8/5/2012). Contudo, alguns profissionais relatavam dificuldades em visualizar a especialidade no trabalho interdisciplinar e expressavam preocupação com esse assunto. Esse tema parece convidar o NASF para reflexão, como podemos observar em alguns trechos de entrevistas:

Talvez pelo receio da gente acabar sendo engolido pela prática das equipes e etc, e de repente se vê, daqui um tempo, fazendo da mesma forma. Eu acho que esse é talvez o ponto maior que esteja gerando para gente assim um pouco de desconforto nessa discussão [...] como construir um atendimento especializado sem ser engolido, sem ser sufocado por uma demanda que a gente sabe que não acaba (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

E ai eu acho que agora que vai surgir talvez uma discussão de interdisciplinaridade de fato, que agora a equipe, o pessoal do NASF, vai ser chamado para o trabalho específico da formação. E como é fazer esse trabalho específico da formação sem se encaixotar de novo? Como vai ser isso agora de maneira integrada? Como vai ser, de fato, agora pensar a partir, talvez, desse conceito de interdisciplinaridade? Então eu acho que de agora para frente é aonde a gente vai correr o risco de ser só multiprofissional. Então como a gente vai tentar trazer para de fato ser interdisciplinar? É o convite que eu acho que o NASF está sendo convidado agora pra fazer esse tipo de reflexão (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

A reflexão proposta pelo profissional indica elementos importantes para a construção de outra noção de interdisciplinaridade. Inicialmente por reconhecer a necessidade das especialidades/disciplinas no trabalho interdisciplinar e das dificuldades inerentes da construção desse processo na realidade de trabalho. Nessa direção, o conflito é constitutivo da realidade e também parte dessa construção entre especialista e generalista.

A partir do conjunto dos dados problematizados, observamos que a maioria dos profissionais do NASF apresenta como saída para superação da fragmentação e especialização nas práticas do trabalho uma concepção de interdisciplinaridade que indica uma aproximação com uma perspectiva de indiferenciação e dissolução das fronteiras profissionais. De acordo com a literatura acadêmica analisada essa concepção eclética se sustenta a partir de uma visão integracionista, de neutralidade do conhecimento se constituindo como uma totalidade aparentemente harmônica. Apesar da indicação desses limites, também identificamos que os trabalhadores buscaram estabelecer relações democráticas nas tomadas de decisões, garantindo planejamento coletivo e reflexão sobre o trabalho, elementos esses que facilitaram a construção do trabalho interdisciplinar que é compreendido pelos trabalhadores como uma conquista, embora permeado de dificuldades advindas da formação e inexperiências no trabalho em equipe. Essa conquista, no entanto, é restrita as equipes NASF não ocorrendo no âmbito das relações com o Distrito Sanitário e COESF, assim como com a maioria das equipes de ESF.

No processo de implantação do NASF em Goiânia, identificamos que a priorização no atendimento da demanda da equipe a partir de casos complexos envolvendo transtornos mentais pode ter tido influência de uma experiência antecessora de matriciamento em saúde mental na região. Embora, essas ações e a

organização do curso de redução de álcool e outras drogas tenha permitido uma aproximação e integração dos profissionais do NASF com as equipes de ESF, assim como uma visibilidade desse tema complexo no âmbito da Atenção Básica, os profissionais entrevistados relatam que o foco da atuação ficou centrado no trabalho do psicólogo. Para alguns profissionais, é necessário atentar para a análise do território na tentativa de superação de ações do NASF centradas nas demandas das equipes de ESF.

Observamos que o convite para reflexão sobre o lugar da especialidade no trabalho interdisciplinar já se anunciou ao NASF, apontando uma possibilidade de construção da interdisciplinaridade a partir de outras referências. Nesse sentido, nos parece fundamental superar a concepção redentora e voluntarista do trabalho em equipe que parece constituir, em alguns momentos, o trabalho do NASF; considerar as condições de trabalho para traçar estratégias realistas, cuja relação de tensão entre os profissionais e as especialidades seja a base da interdisciplinaridade; reconhecer e enfrentar os limites da formação fragmentária, positivista e metafísica ainda predominante na área da saúde; e, fundamentalmente, compreender a interdisciplinaridade como totalidade em permanente movimento baseando-se em uma perspectiva histórica, cuja determinação está na apreensão das relações sociais e produtivas concretas.

#### 5.4 O TRABALHO DO NASF E AS CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA

Neste subitem apresentamos as contribuições da Educação Física ao trabalho do NASF em Goiânia a partir das percepções dos seus profissionais e dos gestores. Buscamos articular esses elementos com as análises realizadas sobre os marcos legais do Ministério da saúde e sobre as tendências na produção do conhecimento no âmbito da Educação Física em suas relações com a Saúde Pública, bem como com os achados de algumas pesquisas sobre o trabalho do profissional de Educação Física no NASF em alguns municípios. Considerando os dados advindos do campo, problematizamos também a concepção de saúde-doença dos profissionais de Educação Física do NASF de Goiânia e as possibilidades e limites da formação acadêmica inicial para o trabalho em saúde.

Para se ter uma ideia geral do trabalho dos profissionais da Educação Física no serviço público de saúde de Goiânia, salientamos que de acordo com dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde, existem, atualmente, 30 profissionais de Educação Física contratados pela aludida Secretaria<sup>58</sup> no município (ANEXO C). Praticamente um terço desses trabalhadores (21 profissionais) está vinculado aos serviços de saúde mental de Goiânia, em especial nos diferentes Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os outros trabalhadores estão vinculados a Distritos Sanitários, Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) e ao Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (CRASPI).

As primeiras contratações de profissionais de Educação Física no serviço público de saúde de Goiânia datam de 2002<sup>59</sup>, com a entrada de quatro profissionais, segundo o documento analisado (ANEXO C). Observamos que, desse quantitativo, dois trabalhadores possuem como cargo a denominação de “profissional de educação II”, provavelmente com vínculo inicial com a Secretaria de Educação, se aproximando das possibilidades de registros do profissional de Educação Física anteriores a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em 2002 (BUENO, 2012). Considerando o total de profissionais contratados pela Secretaria de Saúde apenas dois trabalhadores possuem esse cargo, o restante (28) exerce o cargo de “analista em cultura e desportos”<sup>60</sup>. Ressaltamos que há diferenças salariais importantes entre os dois cargos, como veremos adiante.

Para efeitos desta investigação, observamos que na região noroeste, onde o NASF foi implantado em Goiânia, tem-se um total de quatro professores de Educação Física trabalhando nos serviços públicos de saúde. Desses, três estão vinculados ao NASF e um ao CAIS Cândida de Moraes.

---

<sup>58</sup> Os dados sobre a contratação de profissionais de Educação Física pelos serviços de públicos de saúde de Goiânia foram cedidos pelo Departamento de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde. As informações relativas ao ano de 2012 se referiam à quantidade de profissionais, cargo, atual lotação, data de ingresso no serviço e situação funcional (efetivo ou em estágio probatório).

<sup>59</sup> Ressaltamos que os dados apresentados se referem às contratações, no entanto isso não significa a inexistência de profissionais de Educação Física nos serviços públicos de saúde de Goiânia anteriormente a 2002, já que é comum que os profissionais sejam “cedidos” de uma secretaria para outra.

<sup>60</sup> Esses cargos não possuem correspondência com as possibilidades de registro da Educação Física segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Os três professores<sup>61</sup> que estão trabalhando no NASF possuem lotação no Distrito Sanitário Noroeste, conforme o documento citado (ANEXO C). Dois deles exercem o cargo de “analista em cultura e desportos” e um de “profissional de educação II”. Como o processo seletivo dos profissionais do NASF ocorreu “internamente”, os atuais vínculos profissionais se mantiveram produzindo desigualdades salariais importantes. Abaixo, um trecho de uma entrevista busca esclarecer essa questão.

Então essa integração do profissional de Educação Física foi, principalmente, na saúde mental e a partir da vinculação na secretaria de educação, não só o educador físico mas também o arte-terapeuta, o músico-terapeuta etc. E mas recentemente, quando a gente foi fazer a seleção, a gente já tinha condição de ter o profissional de Educação Física no quadro da secretaria municipal de saúde. Então hoje nós temos 2 tipos de profissionais pelo menos, [aquele ligado a secretaria de saúde] e um que não é da saúde e isso no NASF gera distorções importantíssimas do ponto de vista salarial, porque eles não sendo da secretaria de saúde não podem ter gratificação (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

De acordo com a identificação do perfil sócio-profissional dos trabalhadores do NASF, observamos que os profissionais com salários mais baixos são aqueles ligados a área da Educação Física, inclusive há desigualdades entre os profissionais dessa mesma área. Considerando o fragmento da entrevista acima, as diferenças salariais entre os profissionais podem ser compreendidas pela impossibilidade do recebimento da gratificação, pois um dos professores manteve vínculo empregatício com a Secretaria de Educação mesmo trabalhando na área da saúde. Até o final da coleta de dados em Julho de 2012 essa condição salarial de um dos professores de Educação Física ainda permanecia inalterada.

Ainda que se pesem essas desigualdades, a contratação efetiva dos profissionais do NASF em Goiânia garantiu um trabalho com mais estabilidade, qualidade e dedicação. Essa não parece ser, contudo, a condição de trabalho da maioria dos profissionais de Educação Física em outros NASFs do país, os quais 76,4% estão submetidos a processos de precarização e flexibilização dos contratos de trabalho e mais da metade (57,8%) assumiram outros vínculos empregatícios

---

<sup>61</sup> Optamos por utilizar a denominação professor quando nos referimos a esses três profissionais que atuam neste NASF em função de suas formações acadêmicas iniciais serem na licenciatura e por ser esta uma discussão ainda não totalmente desenvolvida no campo da Educação Física.

para suprir essa instabilidade (SANTOS, 2012b). Esse contexto parece estar sendo intensificado pela contratação dos profissionais sob responsabilidade das Organizações Sociais que respondem denúncias de corrupção e questionamentos sobre a clareza dos processos seletivos (MENDONÇA, 2012; XAVIER; ESPIRITO-SANTO, 2011), conforme indicamos em capítulo anterior.

Com relação às ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde da região noroeste, um entrevistado (profissional da gestão Distrital (2), 14/8/2012) relata apenas a atividade de “caminhada com grupo” em poucas unidades de saúde. Entretanto, esse trabalhador elenca outros equipamentos sociais na região que desenvolvem ações relativas à Educação Física como Clube do Povo, ligado à Secretaria de Esporte e Lazer, e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), os quais possuem profissional de Educação Física.

Com relação às ações desenvolvidas pelos professores de Educação Física do NASF em Goiânia, encontramos similaridade com as demais áreas, isto é, as atividades acontecem ainda de forma pontual e a partir das demandas das equipes de ESF. Nesse sentido, o trabalho nessa área está centrado no apoio a grupos de caminhada e educativos, principalmente, àqueles dirigidos a pessoas com obesidade e/ou hipertensão e diabetes, conhecidos como “HIPERDIA”. Alguns trechos de entrevistas elucidam esses elementos:

Então a Educação Física como qualquer outra especialidade do NASF ela ficou diluída. Não existe uma ação para Educação Física hoje no NASF. Em todas as ações eles [profissionais] estão juntos. Mas isso não é só da Educação Física, se for perguntar para o nutricionista ele tem a mesma noção (coordenador do NASF, 8/5/2012).

É possível junto aos grupos de HIPERDIA, junto aos grupos de obesidade, vejo que são bastante demandados. É o que eu vejo mais claramente são esses dois grupos (profissional do NASF, serviço social, 14/05/2012).

A gente está sempre "ah, se tem um grupo de caminhada ele está pedindo pra fazer lá o apoio... ah, tem um grupo de obesidade a gente está lá pra fazer o apoio", geralmente a equipe pede "é o professor de educação física que eu quero aqui". Então é respondendo a demanda da equipe, ainda não levamos as nossas pra eles (coordenador do NASF, 8/5/2012).

Os profissionais entrevistados argumentam que a Educação Física tem uma contribuição significativa nos projetos de território e nos grupos de educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde. Os trabalhadores citam muitas vezes

a participação dos professores no projeto de território intitulado “cuidando de quem cuida” (saúde do trabalhador) e, futuramente, no programa Academia da Saúde<sup>62</sup>. Também há referência ao projeto que está sendo desenvolvido pelo NASF com adolescentes na região. Alguns trechos de entrevistas exemplificam esses elementos:

E assim ainda há, eu entendo, uma demanda para atividades pontuais [...] mas eu vejo que o NASF, a área de Educação Física no NASF, vem conquistando espaço para construir projetos de território amplos. Não só com participação em atividades pontuais [como, por exemplo] ir lá dar uma palestra, ir lá fazer um alongamento, ou uma caminhada em um grupo, mas construir junto com as equipes de saúde da família projetos de saúde do território (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

Eu acho que, por exemplo, o projeto Academia de Saúde vai ser um ganho enorme para todo mundo, mas eu entendo que para a Educação Física, e aí como especialidade, eu acho que vai ser um espaço que vai ser muito bem utilizado para essas práticas, para esses momentos de cuidado. Uma demanda que é uma demanda real das equipes, com grupos de caminhada, por exemplo, HIPERDIA, até mesmo grupos, por exemplo, de tabagismo, trabalhos de ginástica laboral para os próprios profissionais que inclusive foi uma demanda, por exemplo, do CAIS Finsocial (profissional do NASF, farmácia, 1/06/2012).

Portanto, apesar do trabalho dos professores de Educação Física do NASF em Goiânia estar centrado em ações pontuais, os profissionais indicam o trabalho com grupos (caminhada, HIPERDIA, obesidade), com projetos de território (trabalhadores, adolescentes) e no programa Academia da Saúde como ações que a Educação Física pode contribuir com o trabalho do NASF e com as equipes de ESF.

Nesse contexto, parece importante problematizar que o trabalho com grupos já constitui como prática de alguns profissionais de Educação Física do NASF no país, de acordo com os estudos apresentados em capítulo anterior. Contudo, observamos uma tendência nesse trabalho que indica uma priorização da especificidade profissional (SILVA; OLIVEIRA, 2013; SOUZA; LOCH, 2011) que pode estar desarticulada da reflexão e do planejamento coletivo do trabalho. Nessa perspectiva problematizamos que assumir os grupos nas unidades de saúde pode gerar um trabalho isolado do profissional de Educação Física, desintegrado do

---

<sup>62</sup> No município de Goiânia foram aprovados cinco polos do programa Academia da Saúde, desse quantitativo dois estão localizados na região noroeste (diário de campo, 31/01/2012, reunião do grupo de trabalho saúde do trabalhador).

trabalho geral, dos projetos da equipe NASF e do trabalho conjunto com as equipes de ESF.

Nas Diretrizes do NASF, encontramos apontamentos claros sobre os critérios para definição do público alvo das atividades que não devem prescindir da análise do território; da localização de espaços comunitários onde já ocorram atividades ou que possam ser utilizados para esse fim; da identificação e compreensão das manifestações da cultura corporal presentes no grupo social característico do território (BRASIL, 2009). Além disso, é necessário superar práticas conservadoras que não garantem a participação dos sujeitos na construção, planejamento e avaliação das propostas, como salientam vários autores com contribuições importantes na área da saúde pública e educação popular em saúde (VASCONCELOS, 2007; STOTZ, 2007), elemento esse também ressaltado por Cavalli (2009) na análise sobre as produções acadêmicas no âmbito da Educação Física e SUS.

Os gestores corroboram com as percepções dos profissionais do NASF com relação ao importante papel que os professores de Educação Física têm nas ações que priorizem o território e a promoção da saúde. Destacamos alguns trechos que expressam as opiniões dos gestores sobre as contribuições da Educação Física com o trabalho do NASF.

Fundamental, eu acho que o Educador Físico, professor de Educação Física na equipe traz esse gás aí para as equipes começarem o território, responder as demandas do território, tentar desfazer um pouco a ideia só de prevenção, começar a caminhar para promoção. [...] até hoje a gente sempre responde a demanda da equipe, nos nunca levamos a demanda do NASF para a equipe, vislumbrando para frente eu acho que o Educador Físico vai tá nisso. Qual a demanda que o NASF está levando para essa equipe agora? É uma demanda voltada para grupos de educação e saúde? Vamos reunir unidades próximas e começar a fazer algumas coisas? (coordenador do NASF, 8/5/2012).

[...] é ótimo por um lado e é preocupante por outro, porque são profissionais [de Educação Física] que realmente chegam muito distanciados do que poderia ser um trabalho mais qualificado dentro, principalmente, deste modelo de saúde mais voltado para processos inclusive de comunidade, de território, de grupos, não só de populações adoecidas, mas de trabalhar nessa lógica da promoção que é muito importante e que eles não têm essa inserção ainda. Eles têm essa dupla função de trabalhar ao mesmo tempo com promoção e também com a população doente. Então eu penso que o desafio agora é ocupar esse lugar da promoção e acho que isso vai acontecer principalmente com os projetos de Academia da Saúde e Pet-saúde. No projeto [Pet-saúde] novo uma das linhas prioritárias são as

doenças crônicas degenerativas aonde os educadores e os nutricionistas tem seu trono garantido (risos) (profissional da gestão da Coordenação da Estratégia da Saúde da Família, 8/3/2012).

É um profissional que a gente precisa muito, só acho que ele não dá conta de atender aquilo que é a nossa necessidade né [...] o papel principal do NASF é promoção da saúde e num projeto de promoção da saúde para trabalhar com a comunidade o educador físico ele é peça chave (profissional da gestão Distrital do NASF (1), 8/5/2012).

Nos fragmentos acima observamos que as contribuições da Educação Física estão voltadas para aquilo que ainda ocorre de maneira muito limitada nas práticas de saúde da região, sugerindo o território e a promoção da saúde como conceitos que podem “desfazer” as ações centradas na prevenção e apenas no atendimento das demandas das equipes de ESF. Parece-nos que foi considerando esse contexto que um dos gestores apontou que a Educação Física não atende a necessidade da região, pois as práticas cotidianas estão mais voltadas ao atendimento curativo. Um dos gestores ressalta o distanciamento dos profissionais de Educação Física da perspectiva de promoção da saúde, indicando a predominância do padrão preventivo e curativo nas práticas e no processo formativo, elementos reafirmados nas pesquisas de Mendonça (2012), Bianchi (2012), Brugnerotto e Simões (2009) e Anjos e Duarte (2009). Além disso, notamos em uma das entrevistas uma perspectiva de duplo papel da Educação Física que integre às ações preventivas desenvolvidas à perspectiva de promoção da saúde. Observamos também uma relação entre “doenças crônicas degenerativas” e o trabalho dos profissionais de Educação Física e nutricionistas.

Em se tratando dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças, parece-nos importante considerar as elaborações realizadas sobre uma rearticulação desses conceitos na atualidade, a partir da perspectiva hegemônica dos fatores de risco, conforme problematizamos em capítulo anterior. A partir das análises dos marcos legais do Ministério da Saúde brasileiro, observamos a centralidade do trabalho do profissional de Educação Física no combate às doenças e agravos não transmissíveis (DANTs) sob forte influência norte-americana, especialmente do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), e das recomendações de documentos internacionais da OMS e OPAS. Nessa perspectiva identificamos predominância da noção comportamental da promoção da saúde com

traços marcantes da “medicina preventiva” e do paradigma dos fatores de risco, especialmente, no combate às DANTs (PALMA; VILAÇA, 2010; MATIELLO JÚNIOR; GONÇALVES; MARTINEZ, 2008; PALMA et al., 2006).

Esse cenário é reproduzido também na tendência hegemônica identificada nas produções acadêmicas analisadas sobre Educação Física e Saúde Pública, das quais 16 das 20 produções investigadas possuem características muito próximas das análises dos marcos legais. Nessa trilha salientamos um número significativo de produções acadêmicas que embora apresente críticas ao trato tradicional da Educação Física na interface com a saúde acaba por enfatizar mudanças comportamentais no estilo de vida dos indivíduos, reproduzindo os fundamentos centrais da tendência hegemônica a partir de “novas” terminologias como promoção da saúde e educação em saúde.

Esses elementos já podem ser vistos no trabalho da Educação Física no NASF, por exemplo, no caso dos profissionais do norte do Paraná (SOUZA; LOCH, 2011) onde se identificou o uso de palestras de educação em saúde que visam conscientizar à população sobre a prática de atividade física. Esse tipo de prática se fundamenta, entre outros elementos, em um pressuposto idealista de mudança de consciência, com ênfase individual e comportamental, onde a atividade física se apresenta reduzida a sua funcionalidade e ao estilo de vida escolhido pelo indivíduo (PINHO, 2011).

Importante considerar, todavia, que houve uma tentativa de institucionalizar uma perspectiva crítica de promoção de saúde no âmbito do Ministério da Saúde, especialmente a partir da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006b), com desdobramentos também nas produções que tratam da Educação Física, com destaque para as Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009). Também identificamos nas produções acadêmicas sobre Educação Física e Saúde Pública uma perspectiva crítica, que buscou compreender a construção histórica do sistema de saúde brasileiro problematizando o papel da Educação Física nesse contexto. Nesse sentido, é preciso ter clareza para alicerçar o trabalho da Educação Física em uma concepção de promoção da saúde como produção social, conforme indicam os documentos e produções acadêmicas citados.

Possivelmente, a qualificação das ações dos profissionais de Educação Física do NASF, assim como de outras áreas, também pode estar relacionada ao quantitativo de profissionais. Na pesquisa de Santos (2012b), há indicativo de baixa representatividade do profissional de Educação Física se considerada a cobertura da população pela estratégia de Saúde da Família não atingindo um profissional por 100.000 habitantes. Entretanto é necessário considerar a recente inserção da Educação Física no SUS, a qual conta atualmente com 1031 profissionais no NASF (BRASIL, 2013b) com tendência de ampliação já que é uma das cinco profissões mais contratadas para trabalhar no NASF no país (BRASIL, 2013c; SANTOS, 2012b).

No contexto do NASF em Goiânia, um gestor (profissional da gestão Distrital (2), 14/8/2012) alerta sobre a falta de profissionais para orientação das “práticas de Educação Física” nos serviços públicos de saúde do município, em especial, na região noroeste. Ademais, a falta de profissionais de Educação Física no serviço público de saúde de Goiânia também coloca limites para o trabalho desenvolvido pelo NASF, como argumenta um dos professores:

[...] por isso que eu não vejo avanços da Educação Física com a nossa chegada, porque a gente ainda não conseguiu nem articular com esses [outros profissionais de Educação Física da região], que são poucos, pra mim são poucos, e não dão conta de ofertar atividades pra quem quiser. [...] a gente tem que pensar que um avanço da Educação Física aqui, não é pensar na gente começar alguns grupos de atividade física e saúde, mas é pensar em ampliar o número de profissionais de Educação Física nessa região (profissional do NASF, Educação Física (1), 14/5/2012).

No trecho acima, o professor relata a necessidade de aproximação e articulação com outros profissionais que já trabalham na região, embora saliente o quantitativo insuficiente de profissionais para oferecer atividades a toda população. Essa indicação parece ser importante se considerarmos a análise dos marcos legais que aponta a importância do trabalho intersetorial (BRASIL, 2009). Em especial, se reconhecermos a trajetória histórica da Educação Física no âmbito escolar, das ações do programa saúde na escola (PSE), em projetos da Secretaria de Esporte e Lazer, a implantação dos polos da Academia da Saúde, o trabalho do NASF, os quais podem ser potencializados se articulados a partir do conceito de território. Nesse sentido, além das ações estarem integradas, evitando sobreposições, elas

podem estar amparadas na análise do território, compreendido em sua acepção ampliada, multidimensional e viva, a qual expressa os limites e potencialidades dos grupos sociais que vivem, consomem, organizam-se e lutam por melhores condições de saúde e vida. Contudo, é importante considerar que, de maneira geral, o formato proposto para o NASF e a dinâmica das equipes de ESF vem trazendo dificuldades para a inserção e análise do território na realidade de trabalho (SOUZA, 2013).

Os profissionais do NASF destacam a importância da compreensão ampla dos professores de Educação Física do NASF. Essa compreensão indica uma extrapolação daquilo que os entrevistados consideram como característico da Educação Física. Essa particularidade parece estar relacionada à compreensão histórica da Educação Física e disseminada no senso comum o qual reproduz a perspectiva de associação da área ao treinamento, seja corporal ou esportivo. Diferente dessas concepções, os entrevistados relatam que os professores possuem uma capacidade de contextualização da saúde e da saúde pública, como podemos identificar em alguns trechos abaixo:

Os educadores que estão aqui, não sei se é desse grupo, mas eles são pessoas bem articuladas, que tem uma discussão maior, além da Educação Física. Eles contextualizam mesmo a saúde com um todo, tem essa visão macro das pessoas. Isso eu me surpreendi, porque eu não tinha essa ideia (profissional do NASF, serviço social, 14/5/2012).

O NASF conta com profissionais de Educação Física que pra mim tem uma mentalidade de saúde pública bastante ampla. Considero que isso é importante (profissional do NASF, psicologia, 15/5/2012).

Para um profissional do NASF, a visão ampla dos professores tem contribuído com ações de promoção da saúde e indica a especificidade da área da Educação Física a partir do termo práticas corporais. Talvez essa compreensão tenha influência do estudo das Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), documento que apresenta esse termo como alternativa crítica ao conceito mais disseminado de atividade física. Apesar da crítica, o eixo é apresentado no documento citado a partir dos dois termos: práticas corporais/atividade física. Alguns trechos de entrevistas indicam as percepções dos profissionais sobre a contribuição dos professores.

Eu dou exemplo do projeto de saúde do adolescente, que nasceu de uma iniciativa inicial de cada um, cada profissional, entre eles da Educação Física [...] e que acabou gerando um projeto grande, intersetorial, com ações amplas de promoção da saúde entre elas, as atividades

físicas/práticas corporais. E o profissional de Educação Física tem contribuído muito nesse processo com essa visão ampla. No saúde do trabalhador nem se fala, porque entender saúde, além do campo específico, que são, eu imagino, as práticas corporais, tem contribuindo no projeto assim muito mesmo (profissional do NASF, nutrição, 8/5/2012).

[...] a visão que eles têm, não só específica da profissão, como por exemplo, até questões de nível pedagógico, ou até questões de nível de metodologias de ensino e aprendizagem, coisas que eu, por exemplo, tenho muita dificuldade, tenho aprendido muito com eles. Eu acho que eles têm essa facilidade de extrapolar a questão simples e meramente do trabalhar o corpo e etc pra essa visão um pouco maior de educação em saúde, pra essa visão de criar uma cultura de cuidado da saúde, não só com o usuário, mas com o trabalhador, com o próprio profissional e etc. Então da especialidade da Educação Física esses aspectos pra mim tem se sobressaído (profissional do NASF, farmácia, 1/6/2012).

Novamente, há alusão a um extrapolamento da questão específica, nesse caso, de “meramente do trabalhar com o corpo” para uma visão de “educação em saúde” e de “cultura de cuidado”, não somente com o usuário, mas também com o trabalhador de saúde. Nessa direção, parece haver uma forte influência na percepção do entrevistado sobre a área partindo das elaborações e ações do projeto “Cuidando de quem cuida”, o qual tem como público alvo os trabalhadores de saúde da região. Para o campo da Educação Física, a contribuição à saúde do trabalhador parece se constituir como um trabalho importante no NASF. Contudo, é necessário salientar que a construção de ações sobre essa temática necessita ser pautada em uma perspectiva emancipatória, a qual busque superar as limitações de propostas hegemônicas de ginástica laboral (MARTINEZ, 2007; MARTINEZ; MATIELLO JÚNIOR, 2012).

O trecho acima da entrevista do profissional também destaca a formação pedagógica e o conhecimento de metodologias de ensino-aprendizagem dos professores como elementos que se destacam no trabalho. Provavelmente, essa questão salte aos olhos dos profissionais porque o NASF tem como pressuposto de trabalho a formação dos trabalhadores de saúde, o que exige a organização e planejamento dos conteúdos e de como eles serão trabalhados e avaliados nos cursos oferecidos, em especial, no curso de redução de danos em álcool e outras drogas. Nesse caso, a questão pedagógica parece ter um lugar de destaque no trabalho do NASF, aspecto que parece ser um diferencial dos professores de Educação Física. Um profissional médico entrevistado ressalta a diferença entre a formação ampla da Educação Física e de outras profissões como a medicina, a qual

ele denomina de “muito fechada”. Esse trabalhador acredita que a compreensão ampla dos professores advém do processo de formação, pois no contato com outros profissionais de Educação Física foi possível identificar também essa peculiaridade (profissional do NASF, medicina, 16/5/2012).

Considerando esses elementos nos chama a atenção a perspectiva de desvalorização da docência identificada nas diferentes formas de registrar o profissional de Educação Física no NASF (BUENO, 2012). Observamos que as disputas teórico-metodológicas em torno do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública se expressam também nessas formas de registro, as quais tiveram influência do CONFEF na atualização da CBO em 2002 (BUENO, 2012), ensejando manobras de descaracterização do papel pedagógico da área no contexto das políticas públicas de saúde no sentido de assegurar modalidades diferentes de formação (licenciatura ou bacharelado) a partir da fragmentação de campos de trabalho (escolar e não-escolar, por exemplo, no caso dos serviços públicos de saúde). A Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS) também corrobora com essa concepção, contudo vem buscando realizar um diálogo mais próximo com as propostas de mudança na formação do Ministério da Saúde e com os princípios do SUS (FONSECA et al., 2011).

O debate em torno da formação de professores de Educação Física se constitui, historicamente, como um espaço de disputa política. De acordo com Taffarel (2012), as reestruturação curriculares ocorridas no campo da Educação Física mantiveram a hegemonia das áreas de conhecimento da medicina, especialmente da clínica, e do esporte, com destaque para o treinamento e modalidades esportivas. Para a autora, a aproximação com os campos da Saúde Pública e da Saúde Coletiva podem provocar mudanças no que se refere às concepções de saúde-doença e no processo formativo, já que, segundo suas elaborações, os espaços formativos não se constituem como restritos à escola (TAFFAREL, 2012).

Um dos gestores ressalta as contribuições dos professores de Educação Física no NASF, em especial, das experiências advindas do trabalho em outros serviços públicos de saúde, conforme o trecho de entrevista abaixo.

Cada profissional [da Educação Física] que veio para o NASF tem uma experiência impar e contribuiu muito para a construção dessa proposta aqui. A gente tem [um dos professores] com uma experiência em CAPS, sendo a demanda maior para a saúde mental ele responde muitas vezes por isso no grupo [...] [outro professor] fundamental na parte de educação permanente que a gente está tocando em redução de danos, quantas vezes ele ajuda também no contato com as famílias, no contato com as equipes. [outro professor], mais timidamente, mas trazendo um pouco dessa visão do próprio Distrito, do CAPS. Então são profissionais que estão interessados de fato em saúde, não tem como a gente descartar a história pessoal de cada um deles quando vieram para o NASF. Eles ficaram e estão ainda atuantes no grupo, dão opinião, constroem, isso é interesse pessoal (coordenador do NASF, 8/5/2012).

Esse conjunto de elementos indicado pelos profissionais do NASF sobre a compreensão dos professores de Educação Física de Goiânia difere do trabalho dos profissionais investigados em outros NASF no país. Ressaltou-se, nesses estudos, a visão comportamental e biológica do processo saúde-doença relacionados à perspectiva de responsabilização individual pela saúde; ações que visavam o aprimoramento das capacidades físicas e a repetição dos movimentos (MENDONÇA, 2012); uso de protocolos médico-centrados em uma abordagem biológica e medicalizante e a priorização de grupos por critérios como patologia ou ciclo de vida, por exemplo, hipertensos, diabéticos ou idosos (XAVIER; ESPÍRITO-SANTO, 2011). A partir desse contexto, parece-nos importante analisar quais elementos os professores de Educação Física do NASF em Goiânia indicam como centrais dessa compreensão ampliada.

Para os professores do NASF de Goiânia a formação acadêmica inicial sólida e “humanista” possibilitou um olhar mais “integral”, “sócio-histórico” e “complexo” sobre os sujeitos e suas relações com o processo saúde-doença, contribuindo para superar conceitos “simplistas” e do senso comum. Para um dos professores, aprender outra “forma de pensar” contribuiu mais para o trabalho no NASF do que o conhecimento específico da área profissional. Alguns trechos exemplificam os elementos abordados:

Eu acredito que a formação que eu tive [...] me deu base para ter uma visão de homem, de mundo mais qualificada, menos agressiva, menos preconceituosa. E hoje eu consigo compreender um sujeito mais integral, dentro do aspecto da saúde, quanto dos demais aspectos que envolvem cada sujeito. Então acho que aquela formação lá me garante hoje ter, conseguir fazer, uma leitura que eu faço do que é o NASF, por exemplo. E que os profissionais às vezes tem mais dificuldade, porque não tiveram uma

graduação tão sólida, tão humanista igual eu tive (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

[...] a faculdade contribuiu para que eu parasse de pensar de maneira simplista. E ai passar a pensar nessas práticas do ponto de vista sócio-histórico mesmo [...] parasse de pensar nisso a partir daquele conceito de senso comum. E eu acho que talvez eu tenha aprendido a pensar esses objetos de maneira mais complexa [...] é dessa forma que a gente vem pra pensar situações de saúde que temos enfrentado. Então eu acho que essa forma de pensar que eu aprendi lá no curso, pra além do conhecimento específico, mas a forma de pensar, eu acho que contribui mais do que o conhecimento específico (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

No entanto, um professor tem uma compreensão diferente sobre as contribuições da formação acadêmica inicial para o trabalho do NASF, entendendo-a a partir da necessidade de discussões e conhecimentos sobre saúde pública, tema pouco presente durante seu processo formativo na graduação. Neste sentido, há certo consenso na literatura acadêmica com relação à importância desses conhecimentos na formação inicial. Contudo, o conhecimento específico ou a inserção de disciplinas estreitamente ligadas à saúde pública no currículo dos cursos de graduação, não garantem a compreensão mais profunda e crítica das políticas sociais, conhecimento “imprescindível”, segundo um dos professores entrevistados. Essas duas perspectivas podem ser visualizadas a seguir:

Em relação à formação da graduação, em relação à questão de saúde pública a gente vê pouca coisa, então... lógico que a gente traz os conhecimentos, muita coisa da graduação, porém no serviço a gente tem que ir quebrando a cabeça e aprendendo muito mais ainda do que a gente conseguiu estar vendo na graduação (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

E a gente vê isso em vários professores [...] não necessariamente todo mundo vai sair com a mesma visão de mundo, porque, pra mim, pensar essa saúde pública é necessariamente pensar numa visão de mundo pelo menos um pouco crítica, pelo menos. E ai pelo menos é muito limitado, tendo em vista dos objetivos, talvez das utopias previstas num projeto de saúde pública (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

Corroborando com o debate, na pesquisa de Mendonça (2012), o autor problematiza algumas dificuldades da formação de professores de Educação Física no contexto da saúde pública, salientando as contribuições das teorias progressistas da área para a prática pedagógica e da compreensão da Saúde Coletiva como tema transversal no currículo, não se constituindo somente como uma disciplina isolada.

O tema é convidativo ao debate quando os profissionais de Educação Física problematizam as contribuições e os limites do curso de graduação na modalidade licenciatura para o trabalho na área da saúde. Parece existir um questionamento sobre “os dois lados”, isto é, uma formação acadêmica inicial que permita compreender o papel da Educação Física na escola e também na área da saúde. No entanto, os profissionais argumentam que, mesmo com uma formação com ênfase na Educação Física escolar, é possível pensar criticamente nas contribuições da “atividade física e prática corporal” na saúde pública. Vejamos alguns trechos de entrevistas sobre essa questão:

Hoje tem o bacharelado. Na minha época não tinha era só a licenciatura e o curso era direcionado totalmente pra escola. Eu vejo que é imprescindível para o professor de Educação Física que ele consiga dominar os dois lados. Eu não dominei os dois lados, eu dominei o da escola [contudo] eu nunca fui na academia [de ginástica], mas eu sei que se eu chegar na academia eu dou conta, eu vou fazer, eu vou conseguir agilizar (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

Agora tem outra questão que é do trabalho específico da Educação Física. Toda discussão que eu me apropriei no curso de graduação, mesmo sendo da licenciatura, é aquela discussão que de fato abre caminho pra se pensar a atividade física e prática corporal na saúde pública. Então aquela discussão do campo crítico da Educação Física e que permite pensar atividade física a partir de um outro olhar. Esse [debate] tem ajudado a gente pensar algumas coisas, apesar das intervenções ainda não estarem consolidadas (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

Essa contribuição, entretanto, parece ser limitada para superar a dicotomia entre teoria e prática presente nas entrevistas. Isto é, se é possível ter uma formação sólida e generalista que possibilite entender as políticas e teorias críticas, principalmente do campo educacional, quando se tenta articular esses conhecimentos na construção da prática pedagógica, com orientação e/ou intervenção mais específica, é possível identificar limitações. Um trecho de entrevista expressa essa questão:

De fato agora eu acho que vão faltar algumas coisas. Vão faltar algumas coisas no sentido que a ideia da prática, da cultura corporal, por exemplo, pois especificamente o estudo foi muito focado na questão da escola. Mesmo que a gente fizesse uma reflexão de como isso se dava nos espaços de lazer, acaba que é de forma bem superficial mesmo. E aí como que é agora eu vou pensar essas práticas em espaços que é de lazer e não é de lazer e que tem uma cobrança com relação a indicadores de saúde. E aí eu acho que pensar a questão de políticas públicas de saúde, ou disciplinas específicas que discutissem saúde para além de ginástica pra

gestante, pra além de hidroginástica pra grupos especiais, pra além disso, eu acho que agora eu sinto falta. Não sei se isso contempla, se isso é contemplado hoje no currículo, pelo menos do bacharelado, mas eu acho que talvez isso venha fazer falta (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

A formação acadêmica inicial parece ter contribuído com uma compreensão sobre política social, afinal, quando se estuda com profundidade as políticas educacionais, trata-se de forma ampla desse tema, o qual a saúde tem ligação embrionária. Mas localizamos na entrevista do professor uma preocupação com conhecimentos que amparem sua prática pedagógica na área da saúde e que essa responda aos indicadores de saúde cobrados.

Esses elementos também aparecem em outras investigações quando alguns autores expressam preocupação com a “atuação prática” (PEDROSA; LEAL, 2012) ou a “experiência prática” (SANTOS, 2012b) nos serviços públicos de saúde durante o processo formativo da Educação Física. Essa preocupação parece estar vinculada ao recente acúmulo de discussões e produções em torno da temática e também do processo de consolidação do trabalho da Educação Física nessa área. Todavia, o tema parece exigir uma reflexão sobre a especificidade da Educação Física nesse contexto. Contribuindo com essa reflexão, os professores entrevistados ressaltam outros elementos que extrapolam um debate restrito à formação acadêmica inicial. Nesse caso, eles salientam a contribuição da formação continuada, do trabalho no serviço público de saúde e da importância da formação generalista no trabalho em outros campos de atuação, o que aponta a princípio que a especificidade deve ser garantida em uma perspectiva generalista.

Ao que tudo indica, os professores do NASF em Goiânia procuraram na formação continuada a superação de algumas das limitações ora mencionadas. Também identificamos, de forma especial, a contribuição para a compreensão do processo saúde-doença advinda do trabalho em outros serviços de saúde. Destacamos alguns fragmentos de entrevistas para elucidar esses elementos:

Eu fiz duas pós-graduações ao mesmo tempo. Então visto que eu me senti um pouco perdido quando eu entrei no serviço de saúde eu fui tentar ver se eu conseguia dar uma acelerada assim nessa questão da pós-graduação. Consegui muitos ganhos nessa pós-graduação que eu fiz em prescrição de exercício pra grupos especiais, muitas coisas que aprendi lá eu consegui já utilizar aqui [...] Se eu não tivesse tido essas experiências tanto no Distrito ou CAPS, eu acho que o meu trabalho aqui seria diferente, eu não teria a

mesma visão que eu tenho se não tivesse passado por esses outros dois lugares. Eu trabalhei em uma equipe multidisciplinar no Distrito, trabalhei no CAPS que é uma visão mais acolhedora, uma visão mais de equipes realmente, e aí no NASF isso concretiza de uma forma bem mais visível (profissional do NASF, área da Educação Física (3), 8/5/2012).

Então o primeiro contato aprofundado com a discussão de suicídio eu tive nessa reunião, com profissionais dali que se organizaram pra apresentar, que tinham experiências anteriores, que tinham conhecimentos que poderiam contribuir com a equipe [...] Então foi lá que foi o primeiro lugar onde eu fui cobrado e a gente fez leitura sobre princípios do SUS, por exemplo [...] era necessidade de aprofundar teoricamente tendo em vista que o espaço de educação na saúde pública que eu tive foi lá. Então a graduação em saúde pública foi os cinco anos no CAPS (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

Nos trechos anteriores, identificamos a importância do trabalho em outros serviços de saúde na contribuição com o processo educativo dos profissionais. Parece haver, nessas experiências, uma conotação central para o trabalho desenvolvido pelos professores do NASF. Há um indicativo de um aprofundamento teórico quando houve uma aproximação mais efetiva da realidade de trabalho na saúde pública.

Os professores de Educação Física argumentam que apesar de não terem tido uma formação específica em saúde, a formação generalista possibilitou um arcabouço teórico consistente para o trabalho em diferentes espaços. Eles relatam que “tranquilamente” dialogam com teorias e reconhecem princípios que orientam seus conhecimentos e práticas, pois sabem aonde buscar o conhecimento e “não têm medo”, pois se sentem preparados para o trabalho. Para além da formação profissional, foi possível perceber mudanças no sentido de uma consciência crítica sobre a realidade social e de uma ação mais consciente, individual e coletivamente. Alguns trechos abaixo expressam essas idéias:

Passar por vários espaços sem ter dificuldade, eu venho de saúde mental, vim de ONG, passei por escola e todos esses espaços foram muito tranquilos de trabalhar. Não porque eu sou bom, não, é porque tive condições de entender isso tranquilamente. E isso veio da graduação. E isso aqui no NASF assim, eu acho que é um facilitador, porque eu consigo dialogar com essas teorias, ou com essas pessoas, de uma maneira mais tranquila, mais verdadeira, mais aberta e com mais compreensão do que eu to fazendo. Então eu sou muito fã do que eu consegui adquirir lá, e reconheço muito, porque foi um divisor de águas pra mim, eu consegui me tornar um ser humano melhor (profissional do NASF, educação física (2), 8/5/2012).

A perspectiva de consolidação da modalidade de bacharelado como uma possibilidade de melhor caracterizar o campo profissional da Educação Física na saúde, conforme sugerem alguns autores (SOUZA; LOCH, 2011) e instituições como o CONFEF e a ABENEFS, se apresenta com limites diante do conjunto de elementos problematizados pelos professores de Educação Física do NASF em Goiânia. Esses profissionais indicam que a formação generalista lhe garantiu uma compreensão e atuação sólida em vários campos de trabalho, não necessitando, portanto, restringir o processo formativo e de trabalho. Todavia, salientam a falta de conhecimentos que amparem sua prática pedagógica, ao que parece dificuldades vinculadas, entre outros elementos, à dicotomia entre teoria e prática, provavelmente potencializadas pelo distanciamento durante o processo formativo da realidade de trabalho na saúde pública. Nessa esteira, observamos que parte dessa lacuna pode ter sido superada com o trabalho dos professores no serviço público de saúde se constituindo como importante pressuposto educativo de aprofundamento teórico. Os profissionais também salientaram a contribuição da formação continuada no trabalho do NASF.

Um outro elemento que evidencia as disputas em torno do trabalho da Educação Física na saúde pública são as ações do Conselho Regional de Educação Física (CREF) em Goiânia. Um dos professores do NASF entrevistado comenta a questão:

[...] tem algumas reuniões que tão acontecendo agora pra implantação de grupos dentro da Secretaria, grupo de obesidade, grupo de HIPERDIA [...] e ai já sinalizaram para os médicos que cada um dentro da sua área [...] Que, por exemplo, a questão da atividade física não é qualquer pessoa dentro da equipe que pode estar coordenando essas atividades, tanto essa é uma sinalização do CREF [...] então eu acho que esse é um elemento novo porque agora o CREF já se atentou pra isso, e é uma coisa que já começou já a aparecer na nossa região, porque os médicos já vêm com esse discurso de lá sabe assim "não, então essa questão aqui, a gente não pode coordenar, a enfermeira não pode coordenar um alongamento, não pode coordenar uma atividade de uma caminhada, tem que ter a presença do professor de Educação Física", então isso é uma coisa que já começou aparecer bastante aqui pra gente (profissional do NASF, educação física (3), 8/5/2012).

No trecho acima, o profissional ressalta uma preocupação que representa a compreensão dos outros professores sobre o cerceamento do CREF em algumas atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Distante da justificativa superficial

de preocupação com a qualidade do serviço prestado à população que garanta a saúde propalada pelo referido Conselho, os professores do NASF avaliam que não é necessário ter sempre o acompanhamento de um profissional durante uma atividade física. Corroborando com essa ponderação, a análise das Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009) em especial, a “área práticas corporais/atividade física” indica orientações para o trabalho da Educação Física na saúde pública a partir de outras concepções, como foi problematizado em algumas passagens desse texto. Um dos professores entrevistados destaca sua compreensão sobre as Diretrizes do NASF:

[...] porque você vai e pega as Diretrizes, e faz uma leitura das Diretrizes, e mesmo não tendo feito muitas leituras da saúde pública antes disso, você se encontra ali, você entende um pouco do que está proposto [...] o que as diretrizes apontam pra Educação Física é algo que não está construído, é algo que é contra hegemônico. E aí vivenciar isso é conseguir fazer a leitura das diretrizes. Eu acho que permitiria fazer a leitura das diretrizes e não desestimular, talvez nesse sentido aqui de entender que o caminho que as Diretrizes está apontando é um caminho de mudança (profissional do NASF, educação física (1), 14/5/2012).

No trecho acima, o professor de Educação Física destaca que o trabalho no NASF ainda deve ser construído, embora nas Diretrizes seja possível identificar que a perspectiva apontada é de mudança, ou seja, pressupõe a construção de um trabalho contra-hegemônico. A construção do trabalho da Educação Física no NASF em Goiânia ainda se apresenta de forma inicial, com quantitativo insuficiente de profissionais para desenvolvimento do trabalho intersetorial. Todavia, identificaram-se contribuições com o trabalho com grupos, em projeto de território e na Academia da Saúde. Nesse sentido, mostra-se necessário atentar para práticas que possam gerar isolamento profissional e da superação de ações conservadoras no âmbito da educação em saúde, de acordo com os preceitos das Diretrizes do NASF (BRASIL, 2009), em especial, dos critérios para definição dos grupos.

Os profissionais do NASF e gestores entrevistados ressaltam a contribuição da Educação Física na superação das práticas de saúde centradas na dimensão assistencial a partir da apropriação de conceitos de promoção da saúde e território. A compreensão ampliada dos professores de Educação Física do NASF em Goiânia foi salientada pelos profissionais, especialmente, pelas contribuições nas áreas de saúde do trabalhador e do trato pedagógico com as atividades de formação com os trabalhadores da ESF. Na contramão desse processo, destacamos a desvalorização

da docência e das tentativas de descaracterizar os conhecimentos pedagógicos no trato com a saúde expressas nas diferentes formas de registro do profissional de Educação Física na Saúde Pública e no NASF sob influência do CONFEF.

Para os professores do NASF, o trabalho diferenciado foi garantido por uma formação generalista e sólida, possibilitando a atuação em diferentes campos, apresentando-se, no entanto, com limites na apropriação de conhecimentos que sustentem a prática pedagógica na área da saúde. Nesse processo, houve contribuição importante do trabalho nos serviços públicos de saúde e da formação continuada.

## 6. CONCLUSÕES

A pesquisa que realizamos sobre a inserção do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Goiânia nos impôs, desde o início, vários desafios. Primeiramente, pela recente criação dessa política de saúde no país, especificamente em Goiânia; pela escassez de produção de conhecimento no campo da Educação Física sobre o trabalho na saúde pública; e pela falta de conhecimento sobre a relação histórica da Educação Física e Saúde Pública, anunciada nos marcos legais do Ministério da Saúde brasileiro por meio dos termos “práticas corporais/atividade física”. Essas questões iniciais tornaram-se, ao mesmo tempo, o motor e os limites deste estudo.

Buscamos nos aproximar de referenciais e pressupostos teóricos que nos auxiliassem na complexa tarefa de superar a visão ingênua e por vezes determinística de análises advindas da aparência dos fenômenos sociais. Apesar das dificuldades de apropriação e análise, tentamos construir nosso processo investigativo a partir de uma perspectiva histórica e social do trabalho e, particularmente, do trabalho em saúde enquanto inserido em uma totalidade de múltiplas determinações.

Nesse sentido, os fundamentos teórico-metodológicos da medicina social latinoamericana, especialmente das contribuições de Breilh (BREILH, 2010; 2006; 1997) e Arouca (2006) foram cruciais para compreensão do conceito polissêmico de promoção da saúde na atualidade. As contribuições da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ) também foram fundamentais, especialmente aquelas de Ramos (2010) e Vieira et al. (2006), para identificar e problematizar os fundamentos epistemológicos e ético-políticos que vêm historicamente se baseando as políticas de educação dos trabalhadores em saúde no país e que, na nossa avaliação, também influenciaram a proposta de trabalho do NASF.

Iniciamos uma aproximação com nosso objeto de estudo a partir da identificação e análise dos marcos legais do Ministério da Saúde e das tendências na produção do conhecimento que tratam da Educação Física na Saúde Pública. Nosso intuito era compreender a partir das publicações e diretrizes oficiais os elementos que constituem historicamente o trabalho do profissional de Educação

Física na Saúde Pública e, especificamente, no NASF. Em especial, nos motivava entender as tensões teórico-práticas que confluíam na junção aparentemente consensual dos termos “práticas corporais/atividade física”. Também nos era instigante identificar como a comunidade acadêmica se posicionava sobre o tema.

Nos documentos que representam os “marcos legais”, foram identificadas disputas e tensões em torno do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública, as quais estão fundamentadas hegemonicamente no combate às doenças não transmissíveis (DANTs) e no paradigma dos fatores de risco a partir de (re)leituras preventivistas. Também identificamos uma perspectiva mais crítica de saúde, compreendida como produção social, em especial, com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006 e das Diretrizes do NASF em 2009.

Essas tensões também foram identificadas nas duas grandes tendências analisadas na produção acadêmica sobre Educação Física e Saúde Pública. Das 20 produções acadêmicas analisadas, 16 delas se fundamentavam em uma perspectiva dominante amparada pelo viés comportamental, biologicista e curativista do processo saúde-doença. Consideramos que esse paradigma caracteriza o campo da Educação Física e conserva-se mantendo sua funcionalidade para a manutenção do modo como produzimos nossa existência.

Na nossa avaliação os entraves e avanços na construção do processo investigativo se localizaram, inicialmente, nas possibilidades de acompanhamento da elaboração do projeto, da implantação e organização do trabalho do NASF em Goiânia. Foi importante ter a oportunidade de acompanhar esse processo no qual pudemos identificar seus atores sociais principais, as tensões, dificuldades e avanços da proposta do NASF em Goiânia. Inclusive realizamos um estudo (MARTINEZ; PELLIZZARO; SILVA, 2009) para entender, entre outros aspectos, as expectativas quanto ao trabalho do profissional de Educação Física na equipe multiprofissional do NASF no município. Contudo, tivemos que redimensionar nossas intenções preliminares de realizar reflexões e analisar o trabalho específico da Educação Física no NASF em Goiânia, pois esse processo ainda não havia sido consolidado na dinâmica de trabalho dos profissionais.

Considerando esse cenário, buscamos ampliar o estudo no sentido de apreender as potencialidades da construção, da organização e da implementação de uma política de saúde que se propõe, entre outros elementos, inserir profissionais no âmbito da Atenção Básica. Contudo, o faz incorporando características de uma política de formação e centrada em uma “tecnologia de gestão” (BRASIL, 2009) nova e pouco conhecida denominada apoio matricial. Quando nos aproximamos do campo de estudo nos deparamos com equipes do NASF que experimentavam colocar essa proposta de trabalho em movimento na realidade de saúde pública da região noroeste de Goiânia, as quais citavam problemas vinculados à gestão e com algumas equipes da estratégia Saúde da Família (ESF), mas também relatavam conquistas no âmbito do trabalho coletivo e interdisciplinar.

A nossa entrada em campo foi tensionada por esse contexto e por certa desconfiança dos profissionais quanto aos propósitos da pesquisa e da interferência da Universidade. Nessa conjuntura, foi importante apresentar os objetivos do estudo e das nossas intenções, assim como a possibilidade de contribuir com uma avaliação parcial do trabalho do NASF com seus profissionais. Esse momento foi solicitado pelos próprios trabalhadores do NASF e também foi interessante na medida em que conseguimos problematizar alguns elementos que caracterizavam o grupo naquela ocasião. Ademais, a nossa participação nas atividades semanais do NASF também foi dissipando as tensões iniciais e sentimos com o passar do tempo que estávamos ganhando a confiança do grupo. Nesse processo ressaltamos a colaboração e envolvimento dos sujeitos investigados com a pesquisa, no sentido de compartilhar conosco suas concepções, percepções e incertezas com relação ao trabalho que estavam desenvolvendo.

Ressaltamos que a opção teórico-metodológica pela pesquisa participante e, especialmente, a observação, presença e participação nas atividades do grupo foram cruciais para identificar elementos de tensão nas equipes NASF que não foram possíveis de serem apreendidas nas entrevistas e questionários.

Acreditamos que a análise do trabalho do profissional de Educação Física no NASF em Goiânia necessita ser compreendida como constituinte de uma totalidade contraditória e em permanente movimento, resultante das relações sociais e produtivas concretas. Consideramos que seja importante analisar as contribuições

desta tese considerando elementos mais amplos da política social de saúde brasileira e da criação do NASF nesse cenário.

A política de saúde nacional experimentou um avanço incontestado no reconhecimento e na garantia dos direitos sociais nos fins da década de 1970 e 1980, todavia, enfrenta, até os dias atuais, dificuldades para concretizar seus conceitos básicos na realidade social. Em que pesem as tentativas de assegurar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a Atenção Básica e sua estratégia prioritária a Saúde da Família apresentam-se com limites diante desse contexto. De forma geral, desenvolve-se como uma política compensatória e focal, prioritariamente para atendimento de grupos vulneráveis, embora experimente avanços em alguns municípios. Enfrenta, contudo, problemas crônicos de acesso, estruturas físicas precárias, insuficiência ou ausência de acompanhamento e avaliações, além de fragilidades no processo de gestão e na organização/coordenação da rede de serviços.

Seus profissionais vivem processos de desvalorização social, precarização de vínculos trabalhistas e sentem dificuldades na compreensão da complexidade dos serviços de saúde advindas, entre outros elementos, das limitações na formação que lhe assegurem capacidade crítica, técnica e ético-política para se reconhecerem como sujeitos históricos desses processos sociais. Na realidade, o que identificamos foram sensações de cansaço, angústia, desamparo institucional e impotência dos trabalhadores diante das precárias condições de trabalho, da degradação crescente das condições de vida da população e das responsabilidades perante as mudanças atribuídas a eles nas práticas cotidianas nos serviços de saúde.

Enquanto particularidades do NASF, em Goiânia, identificamos traços históricos da tardia construção da política de saúde no município, com pouca participação social. O trabalho do NASF ocorreu de forma cuidadosa, na tentativa de garantir princípios democráticos e se adequar a realidade de saúde da região. O vínculo embrionário com a área da saúde mental e o número expressivo desses profissionais nas equipes NASF influenciaram a constituição e as prioridades do trabalho. Os resultados apontam que, em linhas gerais, a presença de um apoiador matricial, a contratação de profissionais efetivos e experientes, assim como a realização do processo formativo trouxeram potencialidades a esse Núcleo.

Concluimos, entretanto, que as condições precárias de trabalho do NASF, em Goiânia, e dos demais municípios expressam a fragilidade da proposta no fortalecimento dos princípios da APS e do seu papel de coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde. Apesar dos trabalhadores reconhecerem e reivindicarem melhores condições de trabalho, a dimensão da gestão se destacou como um dos problemas centrais a serem enfrentados pelo NASF. Nesse sentido, observamos que a proposta de trabalho do NASF centrada no apoio matricial, enquanto uma tecnologia de gestão, reforça esses elementos e desloca o objeto de trabalho para a priorização de ações com os profissionais da ESF. Alguns elementos caracterizam essa assertiva já que os trabalhadores capacitam outros trabalhadores e se autocapacitam por meio do trabalho coletivo, com equipes consideradas autônomas que buscam atingir seus objetivos de maneira auto-regulada e auto-coordenada. Essa proposta de trabalho provocou resistências em algumas equipes de ESF que indicam, entre outros elementos, um distanciamento da realidade de trabalho.

A literatura acadêmica e um número significativo de profissionais do NASF em Goiânia sugerem que o modelo taylorista-fordista de organização da produção se mantém predominante nas unidades de saúde. Embora esse modelo seja tensionado por uma perspectiva mais flexível, sob a exigência de novas qualificações do trabalhador. Ainda que a proposta de trabalho do NASF se sustente como uma política de formação, há indicativos que a aproximam mais de um modelo de gestão típico de organizações qualificantes (ZARIFIAN, 1995). Entretanto, é necessário reconhecer que a proposta de trabalho do NASF se originou da tentativa de contribuir para fortalecimento dos princípios da APS e do SUS, buscando ampliar a compreensão dos profissionais sobre o processo saúde-doença e estimulando relações mais democráticas e participativas no trabalho multiprofissional. No entanto, a nosso ver, os referenciais assumidos em suas concepções vêm se mostrando limitados para o enfrentamento desses desafios.

A maioria dos profissionais do NASF apresenta uma concepção eclética de interdisciplinaridade como negação das especialidades, em uma perspectiva de indiferenciação e dissolução das fronteiras profissionais. Contudo, a reflexão sobre o lugar da especialidade no trabalho interdisciplinar já se anunciou ao NASF,

apontando uma possibilidade de construção da interdisciplinaridade a partir de outras referências.

A literatura acadêmica tem indicado que a teoria dos micropoderes e os fundamentos ético-políticos do (neo)pragmatismo vêm alicerçando a Política de Educação Permanente em saúde. Nas Diretrizes do NASF também identificamos aproximações com essa política. Nesse sentido, a proposta do NASF acaba por colocar em movimento na Atenção Básica os fundamentos que centralizam o local de trabalho como espaço de transformação, a responsabilização dos trabalhadores pelas mudanças no sistema de saúde e a ênfase na subjetividade dos profissionais e nas suas qualificações individuais.

O campo da Educação Física nesse contexto se apresenta de forma inicial, com quantitativo insuficiente de profissionais e desigualdades salariais. Todavia, identificaram-se contribuições com o trabalho com grupos, em projetos de território e na Academia da Saúde. Todos os profissionais entrevistados ressaltam a contribuição da Educação Física na superação das práticas de saúde centradas na dimensão assistencial a partir da apropriação de conceitos de promoção da saúde e de território. Entretanto é importante destacar que a contribuição da Educação Física a partir dos conceitos citados se apresenta de forma limitada no atual momento histórico, pois o viés comportamental, biologicista e curativo ainda são hegemônicos nos processos de formação acadêmica e nas práticas profissionais, ainda que esse não seja o perfil predominante entre os profissionais de Educação Física que atuam no NASF em Goiânia. Como salientamos, esses limites também são dominantes e reproduzidos nos marcos legais do Ministério da Saúde e na produção acadêmica no âmbito da Educação Física e Saúde Pública.

Concluimos que as disputas teórico-metodológicas e políticas em torno do trabalho do profissional de Educação Física na Saúde Pública estão carregadas de ambiguidades e se expressam na perspectiva de consolidação da modalidade de bacharelado como uma possibilidade de melhor caracterizar o campo profissional da Educação Física na saúde, na desvalorização da docência e das tentativas de descaracterizar os conhecimentos pedagógicos no trato com a saúde identificadas, por exemplo, nas diferentes formas de registro do profissional de Educação Física

na Saúde Pública e no NASF sob influência do Conselho Federal de Educação Física.

Por fim, gostaríamos de retomar a reflexão que nos acompanhou em alguns trechos desta tese sobre a função social da Educação Física na Saúde Pública. De acordo com os elementos problematizados nesta pesquisa e dos limites das nossas análises, compreendemos que os profissionais de Educação Física necessitam se inserir de forma mais concreta na luta pela saúde pública no Brasil, enquanto um direito social, reafirmando a utopia do projeto societário emancipador, inscrito no movimento de reforma sanitária nacional. De forma mais ampla, é necessário potencializar a construção de uma contra-hegemonia que reconheça a educação politécnica nos processos formativos a partir de uma perspectiva integral que ofereça subsídios para que o trabalhador, dessa área, compreenda as condições objetivas e subjetivas do atual modo de produção da nossa existência em uma perspectiva de formação crítica, política e humana, consciente e comprometida com a classe trabalhadora e com a superação das relações sociais de produção.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, Elisabete Bongalhardo. *Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes de PSF*. 2005. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2005.
- ALBUQUERQUE, Sandra Márcia Ribeiro Lins de. *Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos*. 2005. 246f. Tese (Doutorado em Ciências)–Programa de Pós-graduação em Fisiopatologia experimental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ANDRADE, Lucas Melo Biondi et al. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. *Saúde e Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2012.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 783-836.
- ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a Estratégia Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis*, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p.1127-1144, 2009.
- ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.
- AROUCA, Sérgio. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- AZEVEDO, Natália Silva. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o processo de implantação em Belo Horizonte*. 2012. 108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- BAHIA, Lígia. 1988-2008: a démarche do privado e público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em tempos de democracia e ajuste fiscal. In: MATTA, Gustavo Corrêa (Org.). *Debates e sínteses do Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 57-64.
- BATISTA, Roberto Leme. A reestruturação produtiva e a nova ideologia da educação profissional: adaptação e competência. In: BATISTA, Eraldo Leme; NOVAES, Henrique. *Trabalho, educação e reprodução social: as contradições do capital no século XXI*. Bauru/SP: Canal 6, 2011. p.13-39.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 29-60.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul., 2002.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BEHRING, Eliane Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. *Política Social: fundamentos e história*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BIANCHI, Paula. A concepção de saúde na formação de professores de Educação Física a partir de um estudo de caso. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO FÍSICA, 2., 2012, Florianópolis; SEMINÁRIO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO CAMPO DA EDUCAÇÃO FÍSICA, 6., 2012, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

BILHARINHO JÚNIOR, Carlos Rodrigues. *O Lian gong como prática instituinte de promoção da saúde no município de Amparo/SP*. 2010. 161f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

BONILLA, Victor et al. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 131-157.

BOUSQUAT, Aylene; COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo. Implantação do programa saúde da família e exclusão sócio-espacial no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.9, p. 1935-1943, set., 2006.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção Básica e Saúde da Família*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acesso em: 28 mai. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 548, de 4 de abril de 2013. Define o valor do financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na modalidade 1, 2 e 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral de gestão da atenção básica. *Implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine 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, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário Temático: promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de Pólos da Academia da Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde: agenda estratégica 2011-2015*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2007.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implantação em dez centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1065 GM, de 4 de julho de 2005. Cria os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2005c.

\_\_\_\_\_. *As cartas da promoção da saúde*. 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)> Acesso em: 16 de jun. 2013.

\_\_\_\_\_. *Constituição Federal da República Federativa do Brasil*, Brasília, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const>> Acesso em: 25 mai. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BREILH, Jaime. *Determinantes sociais da saúde: entrevista com Jaime Breilh*. Fórum Popular de Saúde/PR. 2011. Disponível em: <[www.fopspr.wordpress.com](http://www.fopspr.wordpress.com)> Acesso em: 05 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Os três “S” da determinação social da vida e o triângulo da política. In: SEMINÁRIO REDISCUTINDO A QUESTÃO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, 2010, Salvador. *Anais...* Salvador: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

\_\_\_\_\_. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología*. Quito: Ediciones CEAS, 1997.

BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 149-172, 2009.

BUENO, Alessandra Xavier. *Entre o fazer e o registrar da Educação Física no NASF: a relação conflitante entre a Classificação Brasileira de Ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física*. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano)–Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan./abr., 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000a.

\_\_\_\_\_. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, 2000b.

\_\_\_\_\_. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). *Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde*. Rio de Janeiro: CONFEF, 2006.

CARVALHO, Yara Maria de. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, Brasília, v. 8, p. 33-45, 2006.

CASTIEL, Luis David; DARDET, Carlos Alvarez. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. A noção “estilo de vida” em promoção da saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco (Orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. v.2. Blumenau/SC: Nova Letra, 2006. p. 67-92.

CAVALLI, Cheila. *Reflexões sobre a Educação Física no SUS: uma análise a partir das dissertações e teses*. 2009. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DA SAÚDE (CEBES). *O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro: [s. n.], 2011. Disponível em:  
<[http://cebes.iphotel.info/media/file/Tradu%C3%A7ao\\_Port\\_Cebes\\_com\\_logo.doc](http://cebes.iphotel.info/media/file/Tradu%C3%A7ao_Port_Cebes_com_logo.doc)>. Acesso em: 13 dez. 2012.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 162-168.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun., 2004.

COLETIVO DE AUTORES. *Metodologia do Ensino de Educação Física*. São Paulo: Cortez, 1992.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). *Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde*. Rio de Janeiro: CONFEF, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIO DA SAÚDE (CONASS). Para entender o Pacto pela Saúde 2006. Nota Técnica 06/2006, Brasília, 09 de maio de 2006.

COUTINHO, Silvano da Silva. *Atividade Física no programa saúde da família, em municípios da 5ª regional de saúde do Estado do Paraná-Brasil*. 2005. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, out./dez., 2011.

DALCASTEL, Itana Lisane Spinato. *A adesão do usuário hipertenso ao exercício físico: proposta educativa em saúde*. 2006. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

DARIDO, Suraya Cristina; RODRIGUES, Ana Cristina Bonfá; SANCHES NETO, Luiz. Saúde, Educação Física escolar e a produção de conhecimento no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 15., Recife, 2007. CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE. 2., Recife, 2007. *Anais...* Pernambuco: Centro de Convenções; CBCE, 2007. 1 CD ROM.

DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELEUZE, G.; GUATARRI, F. *El antiedipo: capitalismo e esquizofrenia*. Buenos Aires: Ediciones Corregidor, 1974.

DELORS, Jacques et al. *Educação um tesouro a descobrir*. Relatório para a UNESCO da Comissão de Educação para o século XXI. Ed. brasileira. São Paulo: Cortez, 1998.

DEMO, Pedro. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 104-130.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS); CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Physical Activity Evaluation Handbook*. Atlanta, EUA: [s. n.], 2002.

DIAS, Camila de Barros Cardoso. *Considerações sobre o NASF em São Pedro de Aldeia: uma análise sobre a Atenção Básica neste município*. 2012. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)–Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012.

DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE. *Apresentação de dados sobre saúde do Distrito Sanitário Noroeste*. 2012.

FAGNANI, Eduardo. *A política social do Governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica*. *SER Social*, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, jan./jun., 2011.

FAZENDA, Ivani Catarina (Org.). *Didática e Interdisciplinaridade*. Campinas: Papirus, 1998.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Atividade Física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 865-872, 2011. Suplemento 1.

FLEURY, Sonia. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa (Org.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 49-90.

FOLLARI, Roberto. Interdisciplina e dialética: sobre um mal-entendido. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Orgs.). *Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito*. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 122-137.

FONSECA, Silvio Aparecido et al. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Pelotas, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2011.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da medicina social. In: \_\_\_\_\_. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.

FRAGA, Alex Branco. *Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa*. Campinas, SP: Autores Associados, 2006a.

\_\_\_\_\_. Promoção da vida ativa: nova ordem físico-sanitária na educação dos corpos contemporâneos. In: BAGRICHEVSKY, Marcos et al (Orgs.). *A saúde em debate na Educação Física*. v.2. Blumenau/SC: Nova Letra, 2006b. p. 105-120.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.10, n.3, p. 367-386, 2012.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A questão metodológica do trabalho interdisciplinar: indicações de uma pesquisa sobre vestibular. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 55, p. 68-75, nov., 1985.

\_\_\_\_\_. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. In: JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio (Orgs.). *Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito*. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 34-59.

GIOVANELLA, Ligia. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

\_\_\_\_\_. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, maio, 2006.

GOIÂNIA. *Projeto de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Goiânia*. Goiânia: Prefeitura Municipal de Goiânia, 2009.

GOMES, A.L.C. *Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde: um estudo local entre mulheres adultas*. 2007. 106f. Tese (Doutorado em Nutrição)–Programa de Pós-graduação interunidades em Nutrição humana aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

GOMES, Mauro de Lima. *Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de Transformação ou Política Secundária*. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana)–Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria. Uma Escola Politécnica no contexto brasileiro. In: \_\_\_\_\_ (Orgs). *Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 89-102.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss et al. Promoção da Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun., 2006.

JANTSCH, Ari Paulo; BIANCHETTI, Lucídio. Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). *Interdisciplinaridade para além da filosofia do sujeito*. 9 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. p. 19-33.

JAPIASSU, Hilton. *A interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago editora, 1976.

KUENZER, Acacia Zeneida. Exclusão includente e inclusão excludente: a nova forma de dualidade estrutural que objetiva as novas relações entre educação e trabalho. In: LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Dermeval; SANFELICE, José Luís (Orgs). *Capitalismo, trabalho e educação*. Campinas/SP: Autores Associados, HISTEDBR, 2002. p. 77-95.

KUHNEN, Ana Paula. *Programa de exercícios físicos nos centros de saúde: as condições de saúde dos idosos*. 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

LAURELL, Asa Cristina. Os Determinantes sociais da saúde. *Mesa do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva*, 2012.

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

LEAL, Aline. *Doenças associadas à obesidade custam meio bilhão de reais*. Agência Brasil, Brasília, 19 mar. 2013. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-03-19/doencas-associadas-obesidade-custam-quase-meio-bilhao-de-reais-por-ano-ao-sus>> Acesso em: 20 mar. 2013. Não Paginado.

LIMA, Maurício Castro de Souza. *Exercício físico e melhora do condicionamento aeróbio em adolescentes*. 2010. 80 f. Tese (Doutorado em Medicina)–Programa de Pós-graduação em Pediatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOPES, Wania da Silva; ARAÚJO, Silvana Marques; GOMES, Mônica Lúcia. Comparação da pressão arterial e frequência cardíaca entre mulheres com e sem doença de chagas submetidas ao treinamento físico. *FIEP BULLETIN*, v. 81, 2011. Disponível em: <<http://www.fiepbulletin.net>> Acesso 25 nov. 2011.

MACHADO, Cristiani Vieira; LIMA, Luciana Dias de; VIANA, Ludmilla da Silva. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. S42-S57, 2008. Suplemento 1.

MAFRA, Livia de Paula Valente. *A trajetória do NASF no município de Pirai: uma análise para além da gestão*. 2012. 53f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar., 2009.

MANGINI, Fernanda Nunes da Rosa; MIOTO, Regina Célia Tamasso. A interdisciplinaridade na sua interface com o mundo do trabalho. *Revista Katálisis*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 207-215, jul-dez, 2009.

MARCONDES, Rosana. *As práticas corporais no serviço público de saúde: uma aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva*. 2007. 208f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio. *Superações da Educação (Física) Bancária pela Saúde Coletiva: pesquisa-ação no sindicato em Florianópolis*. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio et al. Práticas corporais e SUS: tensões teóricas e práticas. In: FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. *Práticas corporais no campo da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 139-154.

MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio; MATIELLO JÚNIOR, Edgard. Os limites da ginástica laboral para compreensão dos determinantes de saúde de trabalhadores bancários. *Pensar à Prática*, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 610-624, jul./set., 2012.

MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio; PELLIZZARO, Inês; SILVA, Ana Márcia. *A Educação Física no processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Goiânia/GO*. 2009. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Regional de Blumenau/SC, Blumenau, 2009.

MARTINS, Pedro Paulo S.; MARTINS, Lucinéia Scremin. A reestruturação produtiva do trabalho e o processo de mercantilização da saúde no Brasil. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX ENGELS, 7., 2012, Campinas. *Anais...* Campinas: UNICAMP, 2012. 1 CD-ROM.

MASCARO, Alysson Leandro. *A crítica do Estado e do Direito: a forma política e a forma jurídica*. In: CURSO LIVRE MARX-ENGELS, 4., 2013, São Paulo. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

MATIELLO JÚNIOR, Edgard; GONÇALVES, Aguinaldo; MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio. Superando riscos da atividade física relacionada à saúde. *Movimento*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 39-61, jan./abr., 2008.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 44-50.

MENDONÇA, Alisson Marques de. *Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. 2012. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

MENEZES, Cristina Albuquerque de. *Implantação do Núcleo de Apoio ao programa Saúde da Família (NASF) em Olinda: estudo de caso*. 2011. 68 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde)–Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 125-142

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 427-432.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUELLER, Rafael Rodrigo; BIANCHETTI, Lucídio; JANTSCH, Ari Paulo. Interdisciplinaridade, pesquisa e formação de trabalhadores: as interações entre o mundo do trabalho e o da educação. *Educação, Sociedade & Culturas*, Porto, n. 27, p. 175-191, 2008.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM GOIÂNIA/GO (NASF). *Relatório de produção do NASF Noroeste do período de setembro de 2011 a junho de 2012*. Goiânia: NASF, 2013.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM GOIÂNIA/GO (NASF). *Projeto Cuidando de quem cuida*. Goiânia: NASF, 2012a.

\_\_\_\_\_. *Proposta de mudança para o NASF*. Goiânia: NASF, 2012b.

NETTO, José Paulo; BRAZ, Marcelo. *Economia Política: uma introdução crítica*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Da Medicina Preventiva à Medicina Promotora. In: AROUCA, Sérgio (Org.). *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 175-182.

NUNAN, Berardo Augusto. Nasf: concepções e desafios. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: CFP, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-39.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física Saúde*. Tradução do Ministério da Saúde/ Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Brasília: [s. n.], 2004.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines 1920*. Washington: OPAS/OMS, 1964.

OURIQUES, Janine Coelho. *Análise de documentos internacionais de promoção da saúde: possíveis contribuições para a Educação Física brasileira*. 2006. 111f.

Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, out./dez., 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set., 2012.

\_\_\_\_\_. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs). *Debates e Síntese do Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p. 51-86.

\_\_\_\_\_. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago., 1998.

PALMA, Alexandre et al. Dimensões epidemiológicas associativas entre indicadores socioeconômicos de vida e prática de exercício. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 119-136, 2006.

PALMA, Alexandre; VILAÇA, Murilo Mariano. O sedentarismo da epidemiologia. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 105-119, 2010.

PEDROSA, Olakson Pinto; LEAL, Andrea Facel. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia Saúde da Família em uma capital do norte do Brasil. *Movimento*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 235-253, abr./jun., 2012.

PEDUZZI, Marina. *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população*. 2007. 247f. Tese (Concurso de livre-docência)–Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320-328.

PIMENTEL, Carolina. *Dilma veta 15 dispositivos da lei que regulamenta a emenda 29*. Agência Brasil, Brasília, 16 jan. 2012. Disponível em:

<<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-01-16/dilma-veta-15-dispositivos-da-lei-que-regulamenta-emenda-29>> Acesso em: 28 mar. 2013. Não Paginado.

PINHO, Carolina Santos Barroso de. *Educação Física e saúde: necessidades e desafios nos currículos de formação profissional*. 2011. 155f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas 2011.

PINTO, Geraldo Augusto. A modernidade e as fronteiras do conhecimento: materialismo histórico e interdisciplinaridade. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO E MARXISMO, 5., 2011, Florianópolis. *Anais... Marxismo, Educação e Emancipação Humana*. Florianópolis/SC: UFSC, 2011.

PINTO, Elida Graziane. Organizações Sociais e Reforma do Estado no Brasil: riscos e desafios nesta forma de institucionalizar a parceria Estado-Sociedade Organizada. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y CIUDADANÍA”, 14., 2000, Caracas. *Anais... Caracas/Venezuela; CLAD*, 2000.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT/Annablume, 2008.

PULCINELLI, A. J. *O efeito antidepressivo resultante da prática de exercícios físicos em portadores de esquizofrenia e/ou transtorno afetivo de humor*. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

QUINT, Fernanda Ouriques et al. Reflexões sobre a inserção da Educação Física no Programa Saúde da Família. *Motrivivência*, Florianópolis, v. 17, n. 24, p. 81-95, jun., 2005.

RAMOS, Marise. *Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação de trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/UFRJ, 2010.

RASSI, Elias. Recursos para a Saúde. *O Popular*, Goiânia, 03 ago. 2012. Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia\\_int.php?id\\_noticia=1026](http://www.abrasco.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=1026)>. Acesso em 15 ago. 2013.

RODRIGUES, Cassiano Terra. O desenvolvimento do pragmatismo americano. *COGNITIO-ESTUDOS: Revista Eletrônica de Filosofia*, São Paulo, v. 5, n. 2, p.119-132, jul./dez., 2008.

ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROVERE, Mario. Atención Primaria de La Salud em Debate. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 327-342, jul./set., 2012.

SALVADOR, Emanuel Péricles. *Atividade física e sua associação com o ambiente em idosos residentes no distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste do município de São Paulo*. 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov./fev., 2010-2011.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. A presidência da república, o mercado na saúde e o SUS: de uma reunião anunciada a um resgate. *Caderno Temático 4 – SUS: entre o Estado e o mercado*, 2013. Disponível em: <<http://www.politicasocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/205-cad-saude-nelson.html>> Acesso em: 10 abr. 2013. Não paginado.

SANTOS, Roséleia Carneiro dos. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família como componente do cuidado em saúde mental: perspectivas de profissionais da estratégia Saúde da Família*. 2002. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012a.

SANTOS, Suela Ferreira da Silva dos. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e a atuação do profissional de Educação Física*. 2012. 185 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012b.

SCHMIDT, Fabiane; NETTO, João Geraldo. Rio de Janeiro tem 52,4% da população com excesso de peso. Disponível em <<http://www.nerj.rj.saude.gov.br/internet/?p=2625>>. Acesso em 15 set. 2013. Não paginado.

SILVA, Alessandra Patrícia da. *Influência da resposta crônica sobre as variáveis hematológicas de indivíduos diabéticos tipo 2 submetidos a um treinamento misto com o uso de bola suíça*. 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca, 2007.

SILVA, Francisco Martins da (Org.); AZEVEDO, Luciene Ferreira; OLIVEIRA, Antonio Cesar Cabral de; LIMA, Jorge Roberto Perrou de; MIRANDA, Marcelo Ferreira. *Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CONFEF, 2010.

SILVA, Fernando Valentim da. *Comparação dos índices de aptidão física e saúde de mulheres acima de 50 anos com os padrões de referência do ACSM e a OMS*. 2008.

116 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Metodista de Piracicaba, 2008.

SILVA, André Luis Façanha da; OLIVEIRA, Bráulio Nogueira. A trajetória da Educação Física no SUS em Sobral-CE: um resgate histórico. *Conexões*, Campinas, v.11, n.2, p. 193-207, 2013.

SILVA, Neimy Batista da. *Dificuldades e avanços na implantação SUS em Goiânia-Goiás no período de 1997 a 2004*. 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION. *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920*. Disponível em: <[www.sochealth.co.uk](http://www.sochealth.co.uk)> Acesso em 25 abr. 2013.

SOUZA, Fernanda dos Reis. *Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará*. 2013. 221f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

SOUZA, Silvana Cardoso de; LOCH, Mathias Roberto. A intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios do norte do Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v.16, n.1, p. 5-10, 2011.

STOTZ, Eduardo. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.46-57.

TAFFAREL, Celi Zulke. Educação Física e Saúde: um problema histórico-crítico. In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, 2., 2012, Macapá.; CONGRESSO NORTE BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 4., 2012, Macapá. *Anais...* Macapá: UNIFAP; CBCE, 2012. 1 CD-ROM.

TEITELBAUM, Kenneth; APPLE, Michael. Jonh Dewey. *Currículo sem Fronteiras*, v. 1, n. 2, p. 194-201, 2001.

THIESEN, Juarez da Silva. A interdisciplinaridade como movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 39, p. 545-554, set./dez, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). Instituto de Saúde Coletiva. *O programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil*. Relatório Final. Novembro, 2002.

VALES, Fernando César. *A relação entre estilo de vida e saúde: análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde de São José dos Campos*. 2006.

67f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas)–Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas, Universidade do Vale do Paraíba, 2006.

VALLIM, Ana Lourdes Bernardo Aguiar. *Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde*. 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 531-562.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular: um instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-30.

VASCONCELOS, Kathleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdilene Pereira Viana. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 89-118, jan./jun., 2011.

VICENTIN, Ana Paula Martins. *Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento pela atividade física no complexo São Marcos, Campinas-SP*. 2008. 94 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

VIEIRA, Monica et al. *Análise da Política de Educação Permanente em Saúde: um estudo exploratório de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde*. Relatório Final. Rio de Janeiro: Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (OTS); Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), 2006.

VIEIRA, Mônica; CHINELLI, Filippina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.18, n.6, p.1591-1600, 2013.

VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra. *Aptidão funcional e comportamentos relacionados à saúde em mulheres idosas do município de Jequié-BA*. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

XAVIER, Patrícia; ESPÍRITO-SANTO; Giannina do. O trabalho do profissional de Educação Física no NASF: um estudo de caso. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 17., 2011, Porto Alegre./CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 4., 2011, Porto Alegre. *Anais...* Porto Alegre: UFRGS: CBCE, 2011. 1 CD-ROM.

WACHS, F. *Educação Física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano)–Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

WARSCHAUER, Marcos. *Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André*. 2008. 214 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 635-667.

ZARIFIAN, Philippe. Organização qualificante e modelos da competência: que razões? Que aprendizagens?. *Revista Européia de formação profissional*, n. 5, p. 5-10, 1995. Disponível em <[http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information\\_resources/Bookshop/133/5\\_p\\_t\\_zarifian.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/133/5_p_t_zarifian.pdf)>. Acesso em 15 maio 2013.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Informações Gerais

Trata-se de um projeto de doutoramento do curso de pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás que visa analisar o processo de trabalho do NASF de Goiânia/GO, com ênfase na Educação Física. Para tanto, utilizar-se-á as técnicas de observação participante, entrevistas semi-estruturadas e aplicação de questionários para identificação do perfil sócio-profissional dos participantes. De forma articulada, serão analisados documentos que oferecem bases legais e orientações para o processo de trabalho do NASF. Acrescenta-se que essa investigação busca contribuir com o fortalecimento do sistema público de saúde do município e com a formação e atuação profissional condizentes com as necessidades da população brasileira.

Destaca-se que será realizado todo esforço na tentativa de minimizar quaisquer riscos à saúde dos participantes da pesquisa. Não haverá custos aos sujeitos. Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas e eventos científicos. Os dados obtidos serão mantidos em absoluto sigilo e utilizados somente para fins dessa pesquisa. A participação **NÃO É OBRIGATÓRIA** e o participante terá total liberdade de, a qualquer momento, desistir da investigação. Certo de contarmos com a colaboração necessária para a concretização desta investigação, agradecemos antecipadamente a atenção dispensada e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Jéssica Félix Nicácio Martinez

E-mail: jessicafelix01@yahoo.com.br Telefone: (62) 8135-1194

Assinatura: \_\_\_\_\_

Jéssica Félix Nicácio Martinez  
Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
CONSENTIMENTO (escreva o nome completo e legível)

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro que fui esclarecido sobre o estudo ***O processo de trabalho do NASF de Goiânia/GO: notas para reflexões sobre a Educação Física e saúde pública*** e concordo, de modo voluntário, em participar da pesquisa e que meus dados sejam utilizados no estudo. Atesto também, o recebimento de informações necessárias a minha compreensão sobre a investigação.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **QUESTIONÁRIO SÓCIO-PROFISSIONAL**

#### **Identificação pessoal**

1.Nome: \_\_\_\_\_

2.Idade: \_\_\_\_\_ 3.Sexo: \_\_\_\_\_ 4.Estado Civil: \_\_\_\_\_

5. Possui filhos? Sim ( ) Não ( ) 5.1. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

6.

Naturalidade: \_\_\_\_\_

7.Cidade de Residência: \_\_\_\_\_ 7.1.Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

#### **Processo de Escolarização**

1.Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

2.Instituição(ões)\* de Formação Básica (ensino fundamental e médio): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.1.Ano de conclusão (ensino médio): \_\_\_\_\_

2.2. Local (cidade/estado): \_\_\_\_\_

3.Instituição\* de Formação Superior: \_\_\_\_\_

3.1.Curso de graduação: \_\_\_\_\_

3.2.Ano de conclusão: \_\_\_\_\_ 3.3. Local (cidade/estado): \_\_\_\_\_

4. Motivo(s) pelo(s) qual(is) escolheu o curso de graduação \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Curso(s) de pós-graduação e instituição(ões)\* formadora(s):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.1.Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

5.2. Local (cidade/estado): \_\_\_\_\_

\* Por favor, indique se as instituições são públicas (P) ou privadas (PP)

#### **Atuação Profissional**

##### **1. Secretaria Municipal de Saúde/GO - NASF**

1.1.\*\*Função no serviço público de saúde: \_\_\_\_\_

1.2. Há quanto tempo desempenha a função? \_\_\_\_\_

1.3. Motivo(s) pelo(s) qual(is) escolheu este trabalho \_\_\_\_\_

1.4. O seu empregador oferece curso de atualização e/ou aprimoramento?

Sim ( ) Não ( )

1.5. Se sim, qual(is) você já participou? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*

2. Possui outros vínculos empregatícios? Sim ( ) Não ( )

2.1. Se sim, em qual(is) Instituição(ões)?

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

2.2. Qual(is) sua(s) função\*(ões) e há quanto tempo a(s) desempenha?

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

\*\*\*

Qual sua carga horária de trabalho semanal? \_\_\_\_\_

Qual sua renda mensal? \_\_\_\_\_

\*\*\*

3. Desenvolveu trabalho(s) anterior(es) relacionado(s) à saúde e/ou saúde pública?

Sim ( ) Não ( )

3.1. Se sim, em qual(is) instituição(ões)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.2 Qual foi sua função\* e durante quanto tempo a exerceu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*Função se refere a um conjunto de atribuições e responsabilidades a cada categoria profissional.

## APÊNDICE C

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

#### 1. Dados de Identificação

a.Data: \_\_\_\_\_ b.Local: \_\_\_\_\_ c.Nº de presentes: \_\_\_\_\_

d.Horário de Início: \_\_\_\_\_ e.Horário de fim: \_\_\_\_\_

f.Nome dos presentes e suas especialidades:

---

g.Temas/pauta prevista para reunião:

---

#### 2. Aspectos Gerais a serem Observados

a.Quem dá início formal a reunião?;

b.Coordenação (formal e/ou informal) é rotativa?;

c.Dinâmica proposta e temas de discussão. Identificar as pessoas que usam a palavra, tempo médio de fala por pessoa e por tema; e observar a postura adotada pela coordenação da reunião (e/ou do NASF) quando ocorrem debates ou tensões;

d.Aspecto central que se destaca na relação interpessoal entre a coordenação (formal e/ou informal) e cada uma das pessoas que falam: Atenção, ansiedade, interrupção da fala, etc;

e.Principais aspectos teórico-metodológicos tratados na reunião (anotar propositores dos aspectos);

f. Observa-se alguma perspectiva interdisciplinar nos encaminhamentos ou valorização da contribuição de uma/várias especialidades no trato com os casos ou discussão com aspectos acima;

g.Observa-se alguma menção a Educação Física explicitamente?;

h. Autonomia para tomar decisões no grupo. Observar dinâmica de divisão de tarefas do trabalho mais administrativo e do mais conceitual/preparatório para as próximas reuniões; Identificar chegadas tardias ou saídas antecipadas;

i.Impressões Gerais do pesquisador:

---

---

## **APÊNDICE D**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES**

1. Trajetória pessoal no serviço público de saúde.
2. Na sua perspectiva, quais foram os principais documentos, aparatos legais, pessoas, grupos e instituições fundamentais ou obstáculos para o processo de implantação do NASF em Goiânia.
3. Como você avalia o processo de seleção e capacitação dos profissionais para atuação nos NASF.
4. Na sua perspectiva, quais são os principais elementos (teórico, metodológico, instrumental-técnico) do processo organizativo e de atuação do NASF.
5. Na sua avaliação como é a relação interdisciplinar no NASF e com as equipes de saúde da família.
6. Como você avalia a relação do NASF com os gestores (COESF e Distrito Sanitário). Somente para profissional do Distrito Sanitário: Qual o papel do Distrito Sanitário no processo de implementação e atuação profissional do NASF?
7. Na sua perspectiva, quais são os principais obstáculos e conquistas no desenvolvimento do trabalho das equipes do NASF.
8. Na sua avaliação, qual a contribuição da Educação Física no processo de trabalho do NASF e atuação profissional.

## **APÊNDICE E**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTAS PARA OS PROFISSIONAIS**

1. Trajetória pessoal no serviço público de saúde.
2. Na sua perspectiva, como foi o processo de seleção e capacitação dos profissionais para atuação nos NASF.
3. Na sua avaliação, quais são os principais elementos (teórico, metodológico, instrumental-técnico) do processo organizativo e de atuação do NASF.
4. Na sua perspectiva, como é a relação interdisciplinar na sua equipe NASF, com toda equipe NASF (incluindo a coordenação) e com as equipes de saúde da família.
5. Como você avalia a relação do NASF com os gestores (COESF e Distrito Sanitário).
6. Na sua perspectiva, quais são os principais obstáculos e conquistas no desenvolvimento do trabalho das equipes do NASF.
7. Como você avalia a contribuição da Educação Física no processo de trabalho do NASF e atuação profissional.

## **APÊNDICE F**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFESSORES DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

1. Trajetória pessoal no serviço público de saúde.
2. Como você avalia o processo de seleção e capacitação dos profissionais para atuação nos NASF.
3. Na sua perspectiva, quais são os principais elementos (teórico, metodológico, instrumental-técnico) do processo organizativo e de atuação do NASF.
4. Na sua avaliação como é a relação interdisciplinar na sua equipe NASF, com toda equipe NASF (incluindo a coordenação) e com as equipes de saúde da família.
5. Como você avalia a relação do NASF com os gestores (COESF e Distrito Sanitário).
6. Na sua avaliação, quais são os principais obstáculos e conquistas no desenvolvimento do trabalho das equipes do NASF.
7. Na sua perspectiva, quais são as contribuições da sua formação inicial (graduação) para atuação no NASF.
8. Na sua avaliação, quais são as contribuições da sua formação continuada (pós-graduação e cursos de curta duração) e experiência em outros campos de trabalho para atuação no NASF.
9. Na sua perspectiva, quais são os elementos teórico-metodológicos fundamentais do campo da Educação Física para atuação no NASF.

## APÊNDICE G

### PRODUÇÕES ACADÊMICAS ANALISADAS

<p>1. SILVA, A.P. <i>Influência da resposta crônica sobre as variáveis hematológicas de indivíduos diabéticos tipo 2 submetidos a um treinamento misto com o uso de bola suíça</i>. 2007. 135 f. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) – Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Universidade de Franca, 2007.</p>
<p>2. LOPES, W.S. <i>Hipertensão arterial sistêmica, doenças associadas e exercício físico em mulheres com e sem doença de chagas da região noroeste do Paraná, sul do Brasil</i>. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008. <b>Não encontrado</b></p> <p><b>Utilizado:</b> LOPES, W.S.; ARAÚJO, S.M.; GOMES, M.L. Comparação da pressão arterial e frequência cardíaca entre mulheres com e sem doença de chagas submetidas ao treinamento físico. <i>FIEP BULLETIN</i>, v.81, 2011. Disponível em: &lt;<a href="http://www.fiepbulletin.net">http://www.fiepbulletin.net</a>&gt; Acesso em 25 nov. 2011.</p>
<p>3. SALVADOR, E. P. <i>Atividade física e sua associação com o ambiente em idosos residentes no distrito de Ermelino Matarazzo, zona leste do município de São Paulo</i>. 2008. 80 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.</p>
<p>4. SILVA, F. V. <i>Comparação dos índices de aptidão física e saúde de mulheres acima de 50 anos com os padrões de referência do ACSM e a OMS</i>. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008.</p>
<p>5. VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. <i>Aptidão funcional e comportamentos relacionados à saúde em mulheres idosas do município de Jequié-BA</i>. 2008. 133 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.</p>
<p>6. LIMA, M.C.S. <i>Exercício físico e melhora do condicionamento aeróbio em adolescentes</i>. 2010. 80 f. Tese (Doutorado em Medicina)–Programa de Pós-graduação em Pediatria, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.</p>
<p>7. PULCINELLI, A. J. <i>O efeito antidepressivo resultante da prática de exercícios físicos em portadores de esquizofrenia e/ou transtorno afetivo de humor</i>. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.</p>

## APÊNDICE H

### PRODUÇÕES ACADÊMICAS ANALISADAS

1. ALBUQUERQUE, S.M.R.L. <i>Envelhecimento ativo: desafio dos serviços de saúde para a melhoria da qualidade de vida dos idosos</i> . 2005. 246f. Tese (Doutorado em Ciências)– Programa de Pós-graduação em Fisiopatologia experimental, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
2. ACOSTA, E.B. <i>Os conhecimentos acerca de atividade física, saúde e ambiente dos trabalhadores das equipes de PSF</i> . 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal do Rio Grande, 2005.
3. COUTINHO, S.S. <i>Atividade Física no programa saúde da família, em municípios da 5ª regional de saúde do Estado do Paraná – Brasil</i> . 2005. 155 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
4. VALLIM, A.L.B.A. <i>Exercícios físicos aquáticos, qualidade de vida e experiência de pré-natal em gestantes atendidas em serviço público de saúde</i> . 2005. 94 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)–Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
5. DALCASTEL, I.L.S. <i>A adesão do usuário hipertenso ao exercício físico: proposta educativa em saúde</i> . 2006. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.
6. VALES, F.C. <i>A relação entre estilo de vida e saúde: análise da percepção dos usuários de uma unidade de saúde de São José dos Campos</i> . 2006. 67f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas)–Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas, Universidade do Vale do Paraíba, 2006.
7. GOMES, A.L.C. <i>Alimentação, nutrição e atividade física em tempos de promoção da saúde: um estudo local entre mulheres adultas</i> . 2007. 106f. Tese (Doutorado em Nutrição)– Programa de Pós-graduação interunidades em Nutrição humana aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
8. KUHNEN, A.P. <i>Programa de exercícios físicos nos centros de saúde: as condições de saúde dos idosos</i> . 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.
9. BILHARINHO JÚNIOR, C.R. <i>O Lian gong como prática instituinte de promoção da saúde no município de Amparo/SP</i> . 2010. 161f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

## APÊNDICE I

### PRODUÇÕES ACADÊMICAS ANALISADAS

1. MARCONDES, R. *As práticas corporais no serviço público de saúde: uma aproximação entre a Educação Física e a Saúde Coletiva*. 2007. 208f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

2. WACHS, F. *Educação Física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)*. 2008. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano)–Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

3. WARSCHAUER, M. *Lazer e saúde: as práticas corporais no sistema público de Santo André*. 2008. 214 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

4. VICENTIN, A.P.M. *Conhecendo para intervir, em direção ao empoderamento pela atividade física no complexo São Marcos, Campinas-SP*. 2008. 94 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física)–Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### **PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



Prefeitura  
Municipal  
de Goiânia

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Goiânia, 09 de março de 2012

#### **DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro para os devidos fins, estar ciente da realização da pesquisa " **A Constituição do campo de atuação da educação física no serviço público de saúde de Goiânia/GO** ". O presente estudo visa analisar os elementos constituintes do campo de atuação dos professores e educação física no serviço público de Goiânia/G

O projeto será desenvolvido pelas pesquisadoras Jéssica Félix Nicácio Martinez, doutoranda da Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás. O projeto será conduzido sob a responsabilidade da professora/orientadora Maria Sebastiana Silva e da co-orientadora Ana Márcia Silva

Declaro que o estudo deverá atender ao dispositivo na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, isto é, respeito à dignidade, liberdade, segurança, bem estar e privacidade dos participantes após apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Assim autorizo sua execução

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Centro Municipal de Formação em Saúde Pública

  
José Calixto de S. Pires  
Diretor  
Decreto N° 2759/2011

**José Calixto de Souza Pires**  
**Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia**  
Portaria 003/2012

## ANEXO B

### PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 12 de dezembro de 2011.

**PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA,  
PROTOCOLADO NESTE COMITÊ SOB O N.: 130/09**

#### **I – Identificação**

*Título do projeto:* A constituição do campo de atuação da educação física no serviço público de saúde de Goiânia/Goiás

[Trata de pedido de continuidade e ampliação da pesquisa “A educação física no processo de ampliação dos Núcleos de Apoio à saúde da Família no município de Goiânia/GO”.]

*Pesquisador Responsável:* Jéssica Felix Nicácio Martinez

*Orientador (quando necessário):* -

*Pesquisadores participantes:* -

*Instituição onde será realizado o estudo:* Universidade Federal de Goiás/ Faculdade de Educação Física.

*Data de apresentação ao CEP/UFPG:* não consta no processo a data de recepção do relatório da pesquisa e pedido de ampliação e continuidade da pesquisa. Data da carta de pedido: 15 de junho de 2011.

*Área Temática:* Grupo III.

#### **V – PARECER do CEP**

Listo o atendimento às pendências anteriormente apontadas.

1. *Apresentar o Termo de anuência do local onde o estudo será realizado ou carta com justificativa para eventual impossibilidade de obtenção neste momento.*

**ATENDIDO.** A pesquisadora apresenta uma carta de justificativa.

2. *Orçamento:* Acrescentar informações no projeto de pesquisa quanto a fonte de recursos para a realização desta pesquisa.

**ATENDIDO.**

3. *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

**ATENDIDO.**

Após análise do protocolo em atenção aos itens pendentes, constata-se o atendimento aos requisitos solicitados e por sua vez à resolução CNS 196/96, portanto o parecer, S.M.J deste comitê, é pela **APROVAÇÃO**.

**Observação:** solicita-se aos pesquisadores que na entrega do relatório da pesquisa ao CEP/UFPG seja entregue os termos de anuência dos locais onde o estudo será realizado assinado pelos responsáveis da instituição/ local em questão.

**VI – Data da reunião:** 12/12/2011.

Assinatura do(a) Coordenador(a)/ CEP/UFPG:

Prof. João Batista de Souza,  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa,  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Prédio da Reitoria - Térreo - Campus II - CEP-74001-970 - Goiânia-GO - Fones: 0XX62 3521-1076, - Fax:3521-1163  
Homepage: [www.prppg.ufg.br](http://www.prppg.ufg.br) - E\_mail: [prppg@prppg.ufg.br](mailto:prppg@prppg.ufg.br)

**ANEXO C**

**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE GOIÂNIA**

Nº	MATRÍCULA	NOME	FUNÇÃO	CARGO	LOTACÃO	STATUS
1	210161-02	Adriana Camargo Barbosa Guimarães	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe II)	Caps Agua Viva	Ativo
2	1100068-02	Aline Andrade de Campos	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Beija Flor	Ativo
3	600415-04	Alvina de Bastos	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Vida	Ativo
4	668583-05	André Luiz de Azevedo e Silva Taveira	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Distrito Sanitário Campinas/centro	Ativo
5	1096133-01	Daniella Felton Araujo Machado	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Distrito Sanitário Leste	Ativo
6	702757-01	Gleyson Batista Rios	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Distrito Sanitário Noroeste	Ativo
7	805572-02	Iderlan Soares da Silva	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Novo Mundo	Ativo
8	925043-01	Josiana Baltazar Alves	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Novo Mundo	Ativo
9	400360-02	Jovino Oliveira Ferreira	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Novo Mundo	Ativo
10	585653-02	Leonardo Namete de Lima	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Girassol	Ativo
11	931551-03	Leonice Inacio Ferreira Rodrigues	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Girassol	Ativo
12	1097180-01	Lúgia Barcelos Chagas	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps - Casa	Ativo
13	820881-03	Luciovan Pedreira de Aquino	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Girassol	Ativo
14	670936-02	Marcelo de Castro Spada Ribeiro	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Cals Amendoeiras	Ativo
15	568716-01	Marcelo dos Santos Ribeiro	Educação Física	Profissional de Educacao II	Distrito Sanitário Noroeste	Ativo
16	245658-03	Marcio Vinicius de Brito Cirqueira	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Beija Flor	Ativo
17	656941-04	Marcos Antonio Alves Filho	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Vida	Ativo
18	875856-02	Marcos Flavio Mercio de Oliveira	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Girassol	Ativo
19	385018-03	Maria Julia Diniz Ribeiro Ferrante	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe II)	Caps - Casa	Ativo
20	530565-03	Maryn Ferreira Leite	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Caps Vida	Ativo
21	874701-02	Monica Franco Borghino	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Cals Candida de Moraes	Ativo
22	441538-02	Orozimbo Cordeiro Junior	Educação Física	Profissional de Educacao II	Caps Agua Viva	Ativo
23	879924-02	Rafael Santos Nunes	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	Projeto Sorocoto Wassily Chur	Ativo

K:\Recursos\Humanos\Trabalho Administrativo\Relat. Administrativas\DRH\PLANILHAS DE CONTROLE\CONTROLE 2012\RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS EDUCADORES FISICOS SMS

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE:**  
**RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS EDUCADORES FISICOS DA SMS**



Nº	MATRÍCULA	NOME	FUNÇÃO	CARGO	LOTAÇÃO	STATUS
24	658189-04	Renato dos Santos Guimaraes	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	15/06/09 Distrito Sanitário Noroeste	Ativo
25	857831-02	Romulo Fabriciano Gonzaga Pinto	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	23/08/08 Caps - Casa	Ativo
26	603970-03	Rony de Paula Mendonca	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	26/01/06 Caps Agua Viva	Ativo
27	554553-01	Rosangela Silva Bitencourt Brom	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe II)	08/04/02 Caps Novo Mundo	Ativo
28	695912-01	Suello Francisco de Souza	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	23/08/05 Caps Esperanca	Ativo
29	960047-01	Thais Martins Mendonca	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	24/04/09 Caps Girassol	Ativo
30	713457-01	Tiago de Alcantara Goncalves	Educação Física	Analista Em Cultura e Desportos (classe I)	12/12/05 Caps Beija Flor	Ativo