

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

ISAAC NEVES DE LIMA

**EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

GOIÂNIA
2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese

2. Nome completo do autor

Isaac Neves de Lima

3. Título do trabalho

EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Lira De Rezende Neves, Professor do Magistério Superior**, em 03/05/2022, às 16:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **ISAAC NEVES DE LIMA, Discente**, em 03/05/2022, às 18:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orqao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2854595** e o código CRC **79A2F426**.

ISAAC NEVES DE LIMA

**EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA:
REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Faculdade de Educação Física e Dança, da Universidade Federal de Goiás, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração: Educação Física, Esporte e Saúde

Linha de pesquisa: Aspectos Socioculturais e Pedagógicos da Educação Física e Esporte

Orientador: Professor Doutor Ricardo Lira de Rezende Neves

GOIÂNIA

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Lima, Isaac Neves de
EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA
FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA [manuscrito] /
Isaac Neves de Lima. - 2022.
CXLIV, 144 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Lira De Rezende Neves.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Educação Física e Dança (FEFD), Programa de Pós
Graduação em Educação Física, Goiânia, 2022.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas, abreviaturas, símbolos, gráfico, tabelas, lista de
figuras, lista de tabelas.

1. educação física. 2. saúde pública. 3. núcleo profissional da
educação física. 4. campo. I. Neves, Ricardo Lira De Rezende, orient.
II. Título.

CDU 796



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DANÇA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 10 da sessão de Defesa de Dissertação de Isaac Neves de Lima, que confere o título de Mestre(a) em Educação Física, na área de concentração em Educação Física, esporte e saúde.

Ao/s seis de abril de dois mil e vinte e dois, a partir da(s) 08:30, por videoconferência, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada "EDUCAÇÃO FÍSICA E O NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA". Os trabalhos foram instalados pelo(a) Orientador(a), Professor(a) Doutor(a) Ricardo Lira De Rezende Neves (FEFD/UFG) com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professor(a) Doutor(a) Heitor Martins Pasquim FEFD/UFG, membro titular interno; Professor(a) Doutor(a) Jéssica Félix Nicácio Martinez ITP- IFSP, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido(a) o(a) candidato(a) aprovado pelos seus membros. Proclamados os resultados pelo(a) Professor(a) Doutor(a) Ricardo Lira De Rezende Neves, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, ao(s) seis de abril de dois mil e vinte e dois.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO AMPLIADO DA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



Documento assinado eletronicamente por Jéssica Félix Nicácio Martinez, Usuário Externo, em 06/04/2022, às 12:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Heitor Martins Pasquim, Professor do Magistério Superior, em 07/04/2022, às 08:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por Ricardo Lira De Rezende Neves, Professor do Magistério Superior, em 07/04/2022, às 08:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2741921 e o código CRC D20661CB.

Referência: Processo nº 23070.011640/2022-31

SEI nº 2741921

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Edileusa Neves de Lima (*In memoriam*), por seus ensinamentos sobre a vida, os quais me mostraram, a partir de seu exemplo de honestidade, esforço, dedicação e confiança em Deus, que todos os nossos sonhos podem ser alcançados.

E também aos trabalhadores e pesquisadores, especialmente àqueles envolvidos no serviço de saúde pública brasileira.

AGRADECIMENTOS

À minha amada família, em especial meus irmãos Isabella, Wander e Julia, meus avós Ivo, Antônio, Maria Helena (*In memoriam*) e Vanuza Oliveira, que tanto me auxiliaram. Devo agradecimentos também às minhas tias Deusa, Janicler e Miriam pelo carinho e apoio que me deram durante o processo de aprendizagem.

À minha querida companheira, auxiliadora e amada esposa Alexandra Ferreira, pelo apoio, amor, cumplicidade, encorajamento e carinho nos constantes desafios que passamos nesse período, entre eles as perdas dolorosas que tive e para as quais encontrei nela o meu esteuio. Além disso, agradeço por compreender minhas constantes ausências para que este trabalho acontecesse.

Não poderia deixar de expressar meu agradecimento aos meus filhos, Bruna Ferreira, Gabriel Neves e Renato Augusto, que de uma forma compreensiva estiveram comigo nessa jornada, durante a qual aceitaram o distanciamento do pai para que eu pudesse produzir este trabalho.

Aos meus colegas de trabalho (diretores, coordenadores, professores, administrativos, serviços gerais) que de uma forma ou outra me supriram nos momentos em que não pude estar presente nos trabalhos escolares. Aos meus amigos Klayton, Francês, Lorayne, Paulo Victor e Gerson Júnior, que me apoiaram nos momentos em que eu pensava em desistir. Eles estiveram comigo na felicidade da aprovação, nas lutas durante o processo de produção e no momento da conclusão.

Não poderia de esquecer de agradecer à minha tia Leonor, por seu apoio e auxílio em muitos momentos difíceis durante o processo final de minha dissertação, a qual dedicou seu tempo para me fortalecer e me instruir sobre algumas dúvidas existentes nesta fase do trabalho.

Em especial agradeço à minha amiga, professora Carolina, que tanto me apoiou em vários momentos em que eu me sentia desanimado e sem inspiração, tendo sempre uma palavra de apoio para me dar e me incentivar a prosseguir durante o processo do mestrado.

Agradeço ao meu orientador, professor Dr. Ricardo Lira de Rezende Neves, pela confiança, paciência, apoio e companheirismo que tivemos durante todo o processo do mestrado, desde o primeiro contato, na entrevista da seleção, até a conclusão da minha dissertação.

Aos professores e servidores da Faculdade de Educação Física e Dança da UFG, em especial aos filiados ao PPGEF-UFG, pela atenção prestada, sanando sempre as minhas diferentes dúvidas e solicitações.

Aos professores e alunos participantes do grupo de estudo ECOS, que contribuíram com minha formação acadêmica e humana, especialmente aos professores Heitor, Roberto, Jessica, Leonardo, Beatriz e Brenda, que de uma forma ou de outra me auxiliaram na produção desta dissertação.

Não poderia de esquecer das amizades que construí nesses três anos de mestrado e que hoje levo para vida; destaco meus irmãos Leonardo, Maycon, Kelly, Beatriz e Katiane.

Por fim, deixo meus sinceros agradecimentos aos professores Heitor Martins Pasquim e Jessica Felix Nicácio Martinez pela atenção com que aceitaram o convite para participar da banca de qualificação e da defesa desta dissertação, bem como pelas contribuições e reflexões que fizeram quanto a este estudo. Prometo me lembrar de cada ensinamento e levá-los para a vida.

A todos o meu muito obrigado!

“Eu quero dizer agora o oposto do que eu disse antes;
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante,
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo”.

Trecho da música *Metamorfose ambulante*, de Raul Seixas.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CA	Clínica Ampliada
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CBCE	Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CELAFISCS	Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONBRACE	Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte
CS	Controle Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EF	Educação Física
ES	Educação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBMD	Federação Brasileira de Medicina Desportiva
GTT	Grupos de Trabalhos Temáticos
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MPSC	Mestrados profissionais em saúde coletiva - Apoio Matricial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PC	Práticas Corporais
PCAF	Práticas Corporais e Atividade Física
PCNs	Parâmetros Curriculares Nacionais
PE	Programa de Estratégia
PEF	Profissional de Educação Física
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGEF	Programa de Pós-Graduação em Educação Física
PS	Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde do Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUC-GO	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
RAS	Rede de Atenção à saúde
RBAFS	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEG	Universidade Estadual de Goiás
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UFG	Universidade Federal de Goiás
UnB	Universidade de Brasília
Unicamp	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Linha do tempo dos marcos legais que relacionam educação física e saúde pública.....	16
Figura 2	Locais de atuação do SUS.....	17
Figura 3	Linha do tempo do NASF.....	31
Figura 4	Modalidades do NASF.....	33
Figura 5	Designações do apoio matricial	34
Figura 6	Eixos norteadores da clínica ampliada.....	36
Figura 7	Clínica ampliada: etapas e objetivos	38
Figura 8	Construção do PST	40
Figura 9	Fluxograma do processo de exclusão dos artigos.....	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Quantidade de artigos por tipo de estudo e ano de publicação: pesquisas empíricas e bibliográficas.....	68
Quadro 2	Relação dos artigos analisados, autores e revistas onde foram publicados	131
Quadro 3	Ementas das categorias de análise.....	74
Quadro 4	Divisão dos artigos por 'núcleo profissional da educação física' e 'campo' nos artigos empíricos	133
Quadro 5	Divisão dos artigos por 'núcleo profissional da educação física' e 'campo' nos artigos teóricos.....	75

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Revistas de publicação dos artigos.....	69
Gráfico 2	Tipos de métodos.....	71
Gráfico 3	Instrumento de coleta de dados.....	72
Gráfico 4	Técnica de análise de dados.....	72

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a produção científica relacionada à educação física no NASF, no período de 2010 a 2020, nos bancos de dados Lilacs, Scielo e BVS, considerando as dimensões e possibilidades de intervenção centradas no 'núcleo' profissional da EF e do 'campo'. Nos resultados observou-se que, dentre os 16 artigos pesquisados, 11 são empíricos e cinco são de cunho teórico. Apesar dos avanços nas publicações relacionadas à educação física na saúde pública, as ações que este profissional tem realizado dentro dos NASF ainda estão centradas na concepção curativa e medicamentosa da educação física na saúde. Entre os artigos há debates sobre a formação inicial dos profissionais de educação física para atuação nos NASF; críticas às atividades realizadas, estruturas e equipamentos; e a produção aponta também que o trabalho da EF e do NASF, em geral, precisa ser centrado nas preocupações em efetivar o trabalho multiprofissional previstos nos marcos legais dessa política, especialmente quando se analisa os conteúdos dos artigos relacionando-os à categoria 'campo'. Considera-se que há uma lacuna e um descompasso entre a legislação vigente, relacionada às políticas públicas de saúde brasileira, e o que realmente tem sido realizado na prática e no trabalho nos NASF que envolvem o PEF. Assim, ainda há muito a ser feito no que tange a essa temática para que os PEF possam trazer mais resolutividade aos usuários do SUS nas ações realizadas dentro do sistema de saúde como um todo, mas em especial dos NASF, levando o sistema a se aproximar de umas práxis transformadora, humanizada e que considere a realidade e a diversidade de contextos dos territórios que envolvem as comunidades necessitadas de cuidados em saúde.

Palavras-chave: educação física; saúde pública; núcleo profissional da educação física; campo.

ABSTRACT

The general objective of this work was to analyze the scientific production related to physical education at NASF, from 2010 to 2020, in the Lilacs, Scielo, and BVS databases, considering the dimensions and possibilities of intervention centered on the professional 'core' of EF and from 'field'. The results showed that, among the 16 articles researched, 11 are empirical and five are theoretical. Despite the advances in publications related to physical education in public health, this professional's actions within the NASF are still focused on the curative and medicinal conception of physical education in health. Among the articles there are debates about the initial training of physical education professionals to work in NASF; criticism of the activities carried out, structures and equipment; and the production also points out that the work of the EF and the NASF, in general, needs to be focused on the concerns of carrying out the multidisciplinary work provided for in the legal frameworks of this policy, especially when analyzing the contents of the articles relating them to the category 'field'. It is considered that there is a gap and a mismatch between the current legislation, related to Brazilian public health policies, and what has been done in practice and at work in the NASF that involve the PEF. Thus, there is still a lot to be done concerning this issue so that the PEF can bring more resolution to SUS users in the actions carried out within the health system as a whole, but especially the NASF, leading the system to approach a transforming, humanized praxis that considers the reality and the diversity of contexts in the territories that involve communities in need of health care.

Keywords: physical education; public health; the professional core of physical education; field.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	APRESENTAÇÃO MEMORIAL.....	22
2	ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS PRELIMINARES: O SUS, O NASF E A ATENÇÃO BÁSICA.....	27
2.1	BREVE HISTÓRICO DO SUS E A ATENÇÃO BÁSICA.....	27
2.2	O NASF: CONCEITOS, DIRETRIZES E PRINCÍPIOS.....	28
2.2.1	Clínica ampliada.....	35
3	A EDUCAÇÃO FÍSICA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE: ABORDAGENS, TENDÊNCIAS E CONSTRUCTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	43
3.1	A CONTRA-HEGEMONIA PAUTADA NAS PRÁTICAS CORPORAIS NO CAMPO DA SAÚDE.....	48
3.1.1	O Programa Academia da Saúde.....	53
3.2	EDUCAÇÃO FÍSICA E SUAS APROXIMAÇÕES COM A SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA.....	54
3.2.1	Saúde pública.....	54
3.2.2	Saúde coletiva.....	56
3.3	A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE: O EXEMPLO DAS CARACTERÍSTICAS DAS PESQUISAS NO GTT SAÚDE DO CBCE.....	59
4	METODOLOGIA.....	62
4.1	PROCESSOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	63
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA INVESTIGADA.....	68
5.1	ANÁLISE TÉCNICA E METODOLÓGICA DOS TRABALHOS INVESTIGADOS.....	68
5.2	ANÁLISE APROFUNDADA DOS DADOS A PARTIR DOS TEMAS E CATEGORIAS.....	73
5.3	CATEGORIA: NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	77
5.3.1	Tema: Formação do profissional de educação física para atuar nos NASF.....	77
5.3.2	Tema: Práticas realizadas pelo profissional de educação física no NASF.....	83
5.3.3	Tema: Estruturas necessárias para a realização das atividades do núcleo profissional da educação física no NASF.....	88
5.3.4	Tema: Sujeitos praticantes das atividades realizadas pelo núcleo profissional da educação física no NASF.....	93
5.4	CATEGORIA: CAMPO.....	95

5.4.1	Tema: Trabalho interdisciplinar a partir do ‘campo’.....	95
5.4.2	Tema: Apoio matricial no campo.....	99
5.4.3	Tema: Clínica ampliada no campo.....	101
5.4.4	Tema: Projeto terapêutico singular (PTS) ou PT coletivo no campo.....	104
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
	REFERÊNCIAS.....	115
	APÊNDICE A - QUADRO 2 - RELAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS AUTORES E REVISTA ONDE FORAM PUBLICADOS.....	131
	APÊNDICE B - QUADRO 4 - DIVISÃO DOS ARTIGOS POR NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA E O CAMPO NOS ARTIGOS EMPÍRICOS.....	133
	APÊNDICE C - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA (TRABALHOS EMPÍRICOS).....	138
	APÊNDICE D - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA (TRABALHOS TEÓRICOS)	139
	APÊNDICE E - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: AÇÕES A PARTIR DO CAMPO DA SAÚDE (TRABALHOS EMPÍRICOS).....	140
	APÊNDICE F - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: CAMPO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: NASF (TRABALHOS TEÓRICOS).....	141

1 INTRODUÇÃO

Nesta pesquisa explorou-se a temática da produção do conhecimento relacionada aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quando envolve a inserção e atuação do profissional de educação física (PEF) nesse contexto.

Os marcos legais do Ministério da Saúde (MS) destacam que a educação física passou a ser considerada mais efetivamente pelo Estado brasileiro a partir do final da década de 1990. A linha do tempo, apresentada na Figura 1, demonstra essa sucessão de leis, desde o início do reconhecimento da educação física como profissão de saúde, pelo Conselho Nacional de Saúde, passado pelas leis que incluem as práticas corporais e atividades físicas em diversas políticas de saúde do SUS e, por fim, a consideração das práticas corporais como práticas integrativas e complementares.

Adentra-se mais especificamente na criação e desenvolvimento dos NASF, que foi criado em 2008 pela Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, mediante a necessidade de fortalecimento do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 2008b). Programa que mais adiante passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conforme apontam Rosa e Labate (2005), a ESF tinha, como proposta, mudar a concepção de atuação dos profissionais da saúde, distanciando da medicina curativa para ampliar o cuidado e atuar na assistência integral ao usuário do SUS, considerando todas as dimensões que atravessam e determinam a vida.

Os marcos legais indicam que PEF é um profissional que também pode atuar no contexto da saúde pública e, se possível, considerando também princípios e conceitos do campo da saúde coletiva, no desenvolvimento das ações de saúde realizadas no âmbito do NASF.

Figura 1 - Linha do tempo dos marcos legais que relacionam educação física e saúde pública

Título da Publicação	Responsável pela publicação	Relação com a Educação Física
Resolução 218/97 – Nomeia e reconhece e aponta várias profissões como possíveis compositoras do Conselho Nacional de Saúde.	MS	Reconhece os profissionais de Educação Física como profissionais de saúde de nível superior.
Portaria GM/MS 336/02 - Atualiza a portaria que criou os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e classifica-os por ordem de complexidade.	MS	Identifica-se o potencial de atuação do profissional de Educação Física no atendimento à saúde mental, especialmente em atendimento ao Projeto Terapêutico Singular.
Portaria 1065/GM/05 - Cria os Núcleos de Atenção Integral à Saúde da Família, com a finalidade de ampliar a integralidade e a resolubilidade da Atenção à Saúde.	MS	Prevê a Atividade Física como uma das modalidades de ação em saúde e cita a inserção do professor de Educação Física na composição da equipe multiprofissional.
Cartilha sobre: A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.	MS	Identifica os níveis de Atividade Física da população e sua relação com fatores de risco e de proteção à saúde.
Portaria 687/06 - Aprova a PNPS.	MS	Aponta como um dos eixos de trabalho promover ações de Práticas Corporais/Atividades Físicas.
Portaria 154/08 - Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.	Secretaria de Atenção à Saúde	Insero o professor de Educação Física em equipe multiprofissional.
Portaria 719/11 - Institui o Programa Academia da Saúde (PAS) da Saúde - PAS - no âmbito do SUS.	MS	Cria o programa cujo objetivo geral é a orientação de Práticas Corporais/Atividades Físicas e de lazer e modos de vida saudáveis.
Portaria 256/13 - Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos NASFs.	Secretaria de Atenção à Saúde	Informa, dentre outras coisas, que para atuação em Saúde o professor de Educação Física pode ser graduado em quaisquer modalidades, a saber: licenciatura e bacharelado.
Lei 12.864/13 - Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080/1990.	Presidência da República	Inclui a Atividade Física como fator determinante e condicionante da saúde.
Portaria 2.681/13 - Revoga a portaria 719/11.	MS	Amplia o objetivo geral do PAS que passa a ser contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, e informa em como um de seus eixos as Práticas Corporais/Atividades Físicas.
Portaria 849/17 – Inclui práticas complementares na PNPIC	MS	Inclui, entre outras coisas, a biodança, a dança circular e a Yoga na Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares (PNPIC).

Fonte: Freitas (2018, p. 42).

Neste sentido, o quadro constante na Figura 2, de Freitas (2018), demonstra a distribuição do PEF nos locais de atuação no SUS no Brasil em 2018. Os dados apresentados no quadro justificam a necessidade de realização dessa pesquisa. Pois, apesar da quantidade de profissionais que foram inseridos nestes serviços, programas e projetos, ainda se sabe que há uma demanda significativa por mais PEF para

ampliar o acesso da população às práticas de educação física na saúde brasileira, assim, ampliando suas ações e procurando ser mais resolutiva no cuidado com a saúde ampliada da população.

Figura 2 - Locais de atuação do SUS

LOCAIS DE ATUAÇÃO	QUANTIDADE
ACADEMIA DA CIDADE	17
ACADEMIA DA SAÚDE	5259
APAE	13
ASSOCIAÇÃO PESTALOZZI	2
CAPS	521
CENTRO DE ATENDIMENTO A SAÚDE DO IDOSO	3
CENTRO DE ATIVIDADES FÍSICAS	1
CENTRO DE REABILITAÇÃO	9
CENTRO DE REFERÊNCIA	3
COOPERCERES	1
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	382
HOSPITAL	29
INSTITUTO DE CEGOS	3
INSTITUTO DE MEDICINA	1
NASF	362
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	15
UBS	941
UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	363
VIGILANCIA SANITÁRIA	1
QUANTIDADE TOTAL	7926

Fonte: Freitas (2018, p. 78).

Até o ano de 2018 os NASF, juntamente com as Unidades de Saúde da Família (UBS), as ESF, o Programa Academia da Saúde (PAS) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) eram os locais que mais possuíam profissionais de educação física atuando. Por esse motivo que se dispôs a olhar mais de perto para o trabalho nos NASF. Percebe-se que houve um aumento da inserção dos PEF dentro do SUS, porém, isso tem sido, de certa forma, 'maquiado', pois, muitas vezes, a carga horária do profissional de hoje é menor do que a que havia anteriormente (antes 40h e hoje, 20h), além de haver profissionais que se dedicavam exclusivamente ao NASF e que hoje precisam se dividir entre outros órgão da saúde, como, por exemplo: NASF e

CAPS; PAS e CAPS; NASF e PAS, e assim por diante, ou até mesmo em pastas distintas, como: Saúde e Educação; Saúde e Assistência Social, entre outros. Isso compromete o foco específico que esse profissional deveria ter, acabando por contribuir para 'desorientar' suas ações

Em 2008 foram criados os NASF, objetivando apoiar e ampliar a abrangência e o escopo das ações em saúde na Atenção Básica (AB) e na ESF, bem como visando desenvolver ações de maior abrangência, resolutividade, territorialização e regionalização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014). Contudo, o NASF não se constitui como porta de entrada do SUS para os usuários, mas sim um espaço para ampliar o olhar para a saúde multidimensional das pessoas e comunidades em conjunto com as equipes da ESF. Intervenções diretas com usuários e famílias podem ser realizadas, normalmente a partir do encaminhamento das equipes de ESF, com discussões e negociação a priori entre os profissionais responsáveis pelo caso (BRASIL, 2009).

Essas intervenções, de acordo com Tesser (2017), indicam que o trabalho nos serviços de saúde teria duas dimensões possíveis com diferentes aspectos teórico-metodológicos. A primeira forma é chamada pelo autor de atividades de 'apoio clínico-assistenciais' – atividades fragmentadas individuais de caráter curativo e de reabilitação de patologias. A outra forma caracteriza-se, no matriciamento, como intervenção da equipe do NASF a partir de atividades caracterizadas pelo 'apoio técnico-pedagógico', que seria basicamente focado no suporte e na orientação às equipes da ESF e mediante parcerias intersetoriais; sendo que há controvérsias quanto aos limites e contradições entre essas dimensões do trabalho em casos individuais ou coletivos considerados complexos.

Quando o NASF foi instaurado, em sua modalidade 1, poderia auxiliar até 20 equipes de saúde da família, atualmente, após ter sofrido três alterações, esse número caiu para nove equipes a serem apoiadas, porém, os agentes dos NASF puderam ampliar suas ações dentro das equipes da AB. Quando o gestor municipal reconhece a importância de implantar uma equipe de NASF, ele pode compor a equipe da seguinte forma:

[...] (médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista - clínica médica; médico do trabalho; médico veterinário;

profissional com formação em arte e educação-arte educador, profissional de saúde sanitária (profissional graduado na saúde coletiva). (MORINEL, 2019, p. 8).

A equipe é estruturada de acordo com a demanda do território, traduzida pela gestão local. O profissional de educação física pode compor a equipe, no entanto, não há profissão obrigatória. De acordo com a política do NASF, a composição é definida pelos gestores municipais e por equipes de APS, considerando sempre os critérios de prioridade identificados naquela determinada região adstrita. A partir dos dados epidemiológicos e das necessidades do território apuradas pelas equipes de saúde, esses profissionais vão sendo chamados para assumir suas funções (BRASIL, 2019).

O trabalho no NASF que aborda principalmente a interdisciplinaridade, o apoio às organizações das clínicas e também o cuidado com a saúde. Isso se dá através da cooperação, mas, sobretudo, através da integralidade entre as equipes de APS. Tais ações são realizadas pelos profissionais ali inseridos junto aos seus atendidos, seja nas unidades de APS ou até mesmo em outros espaços, como, por exemplo, nos próprios domicílios das famílias e nos espaços que as academias de saúde disponibilizam (BRASIL, 2019).

Assim, os profissionais das equipes NASF devem ser reconhecidos como membros que possuem efetividade dentro das APS, buscando somar com os demais que atuam nas UBS. Tal reconhecimento se deu a partir do momento em que os marcos legais apresentaram a necessidade de integração, observando que tais ações ampliariam o apoio sociopolítico e epidemiológico, auxiliariam no raciocínio clínico e tornariam a visão da realidade dos territórios mais ampla e com mais abertura para que pudessem ser realizadas intervenções efetivas que possam vir a prevenir agravos à saúde (BRASIL, 2019).

As práticas corporais/atividades físicas são atividades e saberes operados pelo campo da EF e têm assumido importante destaque no meio científico, no desenvolvimento da saúde da população e, por isso, estão presentes nos marcos legais do Ministério da Saúde (MARTINEZ, 2014). Outros autores têm destacado avanços nas publicações e experiências recentes em diversos espaços dos serviços dos SUS (NEVES, 2015; ANTUNES; NEVES; PASQUIM, 2020; MARTINEZ, 2014; ANDRADE; ESPÍRITO-SANTO, 2020).

Diante desse panorama da relação entre a EF e a saúde pública, destaca-se a pesquisa de Antunes *et al.* (2020). Os autores, ao pesquisar a produção do

conhecimento do Grupo de Trabalho Temático (GTT) Atividade Física e Saúde do Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), encontraram, entre os anos de 2005 e 2017, trabalhos mostrando que esse profissional, em conjunto com uma equipe multiprofissional, é fundamental no campo da saúde pública. Eles ainda expressam que suas ações são marcantes, pois,

[...] esse interesse crescente da comunidade acadêmica da EF, pelo campo da saúde pública, corrobora um conjunto expressivo de políticas públicas comprometidas em alavancar o desenvolvimento dos serviços. O NASF representa um interessante espaço de intervenção do Profissional de Educação Física e tem ampliado a sua quantidade em todo o Brasil. (ANTUNES *et al.*, 2020, p. 77).

Os NASF requerem, dos PEF, o trabalho compartilhado com outros profissionais a partir de ações previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com objetivo de “[...] promover qualidade de vida [...], reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde, [...] [considerar os condicionantes próprios dos] modos de viver, [...] condições de trabalho, [...] habitação, ambiente, educação, lazer, cultura”, entre outros (BRASIL, 2006, p. 17).

Diante do quadro apresentado, torna-se justificável compreender diferentes realidades do trabalho dos NASF em que o PEF compõe as equipes desse dispositivo da saúde, em particular ao se considerar as diferenças políticas, econômicas, sociais, culturais dos milhares de municípios brasileiros e as possibilidades de intervenção a partir do ‘apoio clínico-assistencial’ e do ‘apoio técnico-pedagógico’ propostos por Tesser (2017). Para apresentar esse relatório de pesquisa, propôs-se conhecer e expor, aos leitores, características da produção científica relacionadas à educação física no NASF publicadas nos últimos dez anos.

Tesser (2017) aponta uma situação-problema pertinente ao NASF e ao campo científico. Para ele, o matriciamento, como atividade central dos NASF, não é claramente definido e, por esse motivo, denota contradições e polarizações quanto à organização do trabalho. Ao focalizar a atuação dos PEF nas diretrizes do NASF se observa que não estão explícitas quais seriam as atividades que balizam ou que poderiam vir a ser realizadas por este profissional. O que, segundo Martinez, Silva e Silva (2014), requer reflexões em torno do trabalho específico deste profissional no campo da saúde pública brasileira.

Pesquisas dessa natureza já são encontradas na literatura. No entanto, ainda são necessárias para buscar respostas que levem ao aperfeiçoamento dos serviços prestados pelo NASF – principalmente no que se refere ao trabalho da equipe multiprofissional, e que visem ampliar ações para com a comunidade nas quais esses profissionais têm atuado. Não se trata de esgotar o tema, mas de contribuir para a consolidação e entendimento desse panorama.

A título de exemplo, em uma revisão feita por Pasquim e Arruda (2013) o NASF é descrito nos artigos como um crescente campo de trabalho para as profissões de saúde não incluídas na atenção básica. Eles reconhecem o NASF como a principal porta de entrada e nicho promissor de atuação para aquelas profissões que até então foram ‘esquecidas’ pelo SUS, como, por exemplo, as atividades em conjunto com outros profissionais, tendo o próprio profissional de educação física atuando.

Diante desse quadro, a questão norteadora que a pesquisa empreendia buscou responder foi assim estruturada: O que revela a produção científica relacionada à educação física no NASF, no período de 2010 a 2020, dentro dos bancos de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando as possibilidades de intervenção centradas em atividades do núcleo profissional da EF e do campo em geral do NASF e, do mesmo modo, as dimensões clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas?

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a produção científica relacionada à educação física no NASF no período de 2010 a 2020, considerando as dimensões e possibilidades de intervenção centradas no núcleo profissional da EF e do campo da saúde. Já os objetivos específicos foram: a) identificar os principais elementos técnicos e metodológicos da produção científica relacionada à educação física no NASF no período de 2010 a 2020; e b) analisar a produção científica a partir das categorias núcleo profissional da EF e do campo em geral da saúde.

Com esta pesquisa se pretende fortalecer as produções científicas que tematizam os aspectos técnicos, metodológicos e teóricos no escopo das publicações desse dispositivo de saúde, expondo diferentes publicações sobre o trabalho dos NASF nos serviços do SUS do Brasil e envolvendo também a educação física enquanto profissão. Neste viés, esta dissertação está estruturada em quatro capítulos além da introdução e da conclusão. Após apresentação da pergunta norteadora e do objetivo geral, inicia-se o primeiro capítulo abordando os ‘Aspectos teórico-conceituais

preliminares: o SUS, o NASF e a Atenção Básica’. Contextualiza-se desde seu início até os dias atuais, perpassando pelos conceitos, princípios e diretrizes do NASF e da clínica ampliada.

No segundo capítulo apresenta-se ‘A educação física e suas relações com a saúde: abordagens, tendências e constructos teórico-metodológicos’. Nele são abordados, ainda, a contra-hegemonia das práticas corporais, suas aproximações com a saúde pública, bem como pesquisas relacionadas ao GTT Atividade Física e Saúde do CBCE, exemplo de espaço institucional de produção do conhecimento que publica e fomenta pesquisas que relacionam a EF à saúde pública brasileira.

No terceiro capítulo apresenta-se a base metodológica utilizada e no quarto se discorre sobre os resultados e discussões quanto ao material investigado. Traz-se, à luz, os resultados encontrados durante a pesquisa, com uma análise mais aprofundada sobre os trabalhos investigados organizados por temas e baseados nas categorias de análise delineadas a priori: ‘núcleo profissional da educação física’ e ‘campo’. Os temas nos campos foram delineados da seguinte forma: formação, práticas, estruturas e sujeitos, trabalho interdisciplinar, apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular, os quais se referem ao trabalho no NASF e inclui debates sobre a atuação do profissional de educação física. Já nas conclusões se traz reflexões sintéticas visando responder à pergunta norteadora e aos objetivos geral e específicos da pesquisa com o auxílio das teorias utilizadas.

1.1 APRESENTAÇÃO – MEMÓRIA

Vindo de outros tempos, mas sempre no horário
 Peixe fora d’água, borboletas no aquário
 Muito prazer, meu nome é otário
 Na ponta dos cascos e fora do páreo
 Puro sangue, puxando carroça.

Que os dragões sejam moinhos de vento
 Tudo bem, seja o que for
 Seja por amor às causas perdidas
 Por amor às causas perdidas

Dom Quixote
Engenheiros do Hawaii

As dimensões e experiências da educação física na saúde pública em minha trajetória profissional são muito recentes. Teve início em 1º/08/2015, quando me

mudei para a cidade de Bela Vista de Goiás, cidade na região metropolitana de Goiânia, e fui contratado pela Prefeitura Municipal para compor a equipe multidisciplinar do NASF.

Meu interesse pela área da Educação Física se deu quando eu era bem jovem, ainda em minha cidade natal, Jataí (GO), onde me dedicava a duas modalidades esportivas: o futsal e o atletismo. A que mais me destaquei foi o atletismo, na qual competi durante alguns anos representando a cidade em competições da região. Na mesma época, com meus 12 anos, já tinha em mente que um dia me tornaria professor de educação física.

Pouco tempo depois me mudei para a capital de Goiás, Goiânia, concluindo o ensino médio em 1999. Tentei 12 processos de avaliação para cursar graduação em cinco anos consecutivos, tanto na Universidade Federal de Goiás (UFG) quanto na Universidade Estadual de Goiás (UEG) e, infelizmente, não consegui ser aprovado em nenhum deles. Em nove das 12 vezes em que me inscrevi consegui passar na primeira fase, mas reprovei na segunda. Na última vez que tentei fiquei na lista de espera, mas não fui chamado, o que fez com que eu desanimasse e pensasse em desistir, porém, uma tia, cujo nome é Janicler, que mora na Bélgica, disse que me ajudaria durante um tempo e, com isso, tentei o curso na Universidade Católica de Goiás (UCG, hoje PUC-GO). Fui aprovado no curso de Educação Física, com o qual sonhava desde criança.

Foi uma formação muito árdua devido ao preço da mensalidade ser muito alto. Era pesado para minha situação econômica familiar daquele momento, além do cansaço, pois nesse período eu trabalhava em três empregos: na lavanderia do Hospital Geral de Goiânia (HGG), em uma academia à noite como estagiário e, aos finais de semana, como garçom. Nesse meio tempo minha mãe se mudou para a Bélgica para me ajudar a me formar. Ao mesmo tempo, teve início uma fase da minha vida da qual eu não me orgulho e que não gostaria de modo algum de ter passado; mas passei e acho importante que os leitores desta dissertação tenham ciência desse período turbulento, que, graças a Deus e às pessoas que me amam, eu venci.

Eu estava no sexto período da faculdade quando conheci algumas pessoas que eram usuárias de drogas ilícitas, mais especificamente crack. Elas me apresentaram a droga e eu me afundei no vício, iniciando, assim, a minha decadência. A partir daí, fui mandado embora dos meus três empregos e, sem recursos para bancar meu vício, comecei a vender tudo o que tinha dentro de casa, afastando-me das pessoas que

realmente se preocupavam comigo. Foram anos difíceis para mim e para minha família; mas, mesmo mergulhado nas drogas, consegui finalizar minha graduação.

Decidi sair do país no mesmo período em que nasceu o meu primeiro filho. Deixei o Brasil e fui para a Bélgica fugindo devido ao medo do vício e ao medo de morrer nas mãos dos traficantes para os quais eu devia dinheiro. Cheguei na Bélgica pesando exatos 49 quilos, literalmente só 'o couro e o osso'. Lá eu vivi por seis anos e tive a oportunidade de me livrar das drogas, de conhecer minha esposa, de me casar e de ter mais um filho, formando uma família – o que me deu mais forças para não continuar na vida anterior. Hoje, após 11 anos sem usar drogas, só tenho a agradecer a Deus e à minha família por não terem desistido de mim e por terem acreditado na minha mudança.

Não quero que me vejam como um 'coitadinho', mas sim como um ser humano que errou e que aprendeu com seus erros, vendo na família e na educação um dos poucos caminhos para a superação. Mesmo vivendo por alguns anos longe dos estudos, sempre tive em mente que voltaria ao Brasil e daria continuidade a eles, realizando o mestrado, que era um sonho desde a época da graduação. Hoje a conclusão do mestrado é motivo de muita felicidade para toda a minha família, da qual destaco minha esposa, meus filhos e minha avó, que me apoiaram e estiveram comigo durante todo o meu processo de reabilitação. Há dez meses nasceu meu neto Antônio Miguel e quero poder dar bons exemplos para ele, para que siga sempre pelo caminho do bem, do conhecimento e da educação.

No fim do ano de 2014 retornei com minha família para o Brasil e viemos morar na cidade de Bela Vista de Goiás. Retomei minha vida profissional como instrutor em uma academia de musculação. Em meados de julho foi realizado um processo seletivo na cidade que continha vaga para professor de educação física na saúde, mais especificamente para atuar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual me inscrevi e fui aprovado. Trabalhei por seis meses até me deslocarem para o trabalho no NASF, no qual permaneci por quase quatro anos.

Foi neste período que me identifiquei com a área da saúde e procurei organizar um projeto de pesquisa sobre a atuação do profissional de educação física dentro do NASF de Bela Vista de Goiás para participar da seleção do Mestrado em Educação Física da Universidade de Brasília (UnB). Fui aprovado na fase de análise curricular, mas reprovado na segunda fase (entrevista) devido ao fato de não ter comparecido à

entrevista por achar que seria inviável, naquele momento, o deslocamento para Brasília.

No início de 2019 tive a satisfação de ser aprovado para a primeira turma do programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física e Dança (PPGEF) da UFG e vi, nesta oportunidade, a chance de debater o tema que eu havia escolhido para o projeto de pesquisa para a seleção da UnB. Ao ingressar no programa de pós-graduação realizei disciplinas, participei de eventos e iniciei as leituras e reformulações do projeto de pesquisa sempre com o acompanhamento minucioso do meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Lira de Rezende Neves, um estudioso de temas relacionados à educação física, saúde pública e saúde coletiva.

Em agosto de 2019 iniciei minha participação no grupo de estudos e pesquisas Ecos, que lida com o tema educação física, trabalho e formação na Faculdade de Educação Física e Dança da UFG (FEFD/UFG). Tive a honra de conhecer vários professores do programa e outros alunos, tanto da graduação quanto da pós-graduação. No final de novembro de 2019 passei pela pré-qualificação do meu projeto, com a participação de vários professores e alunos do PPGEF/UFG, que me sugeriram, após minha apresentação, que eu fizesse um trabalho voltado para a análise da literatura sobre a educação física e o NASF. Após vários diálogos com meu orientador, fomos ajustando as propostas do projeto inicial; ato que se deu de forma mais profunda quando veio a pandemia da Covid-19 que impossibilitou a ideia inicial de ir à campo, fazendo-nos perceber a necessidade de mudar a pesquisa para uma revisão de literatura acerca do tema: educação física no NASF.

Após várias adequações, no início de 2020 recebi o retorno do Comitê de Ética da UFG, dando parecer favorável para a realização da pesquisa, que até o momento seria realizada no NASF da cidade de Senador Canedo (GO). Porém, em março daquele mesmo ano a pandemia da Covid-19 no Estado estava muito grave, impossibilitando a realização do trabalho de campo devido à necessidade da quarentena e do distanciamento social.

Mesmo com todos os percalços, seguimos com as orientações de forma online e com os levantamentos necessários. E, ao longo desse processo, várias coisas foram sendo estruturadas até chegar a um senso comum sobre o que seria, então, mais viável para o trabalho. Tudo foi realizado com muito empenho e minha perspectiva, bem como do meu orientador, é de que este trabalho sirva de contribuição para o delineamento de novas pesquisas relacionadas ao campo da educação física e saúde,

bem como um referencial teórico que ofereça embasamento inicial para futuras pesquisas empíricas que visem o desenvolvimento da educação física na saúde, tentando, assim, romper com a ideia da relação exclusiva da educação física com os processos medicamentosos e curativos fundado no modelo biomédico. E, assim, mostrando o quanto esse processo é importante, mas que ele não é o único modelo para se estruturar programas de intervenção em saúde.

Enfim, a proposta é mostrar a importância de um trabalho multiprofissional que vise a melhoria das condições de saúde da população brasileira nos trabalhos realizados pelos profissionais de educação física dentro da saúde. Este é o foco.

2 ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS PREELIMINARES: O SUS, O NASF E A ATENÇÃO BÁSICA

2.1 BREVE HISTÓRICO DO O SUS E A ATENÇÃO BÁSICA

Desde a III Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1963, buscava-se por políticas públicas que definissem melhor a importância de se construir um meio para que as pessoas pudessem desfrutar de um atendimento ampliado e de qualidade multiprofissional. Com a Constituição Federal de 1988, por meio das leis complementares n. 8.080 e 8.142, surgiu, então, o Sistema Único de Saúde (SUS). As referidas leis regulamentaram a situação de desigualdade na assistência à saúde das populações, fazendo com que o atendimento público a qualquer cidadão estivesse mais acessível. Por isso o SUS é considerado como sendo um dos mais importantes sistemas de saúde pública em nível mundial (BRASIL, 2006).

O SUS é entendido, segundo a Lei n. 8.080/90, como sendo

[...] um conjunto de ações e serviços de saúde, que deverão ser prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, ainda podendo participar a iniciativa privada, em caráter complementar. (BRASIL, 1990, p. 88).

A APS, com sua complexidade, exige a inserção de profissões e saberes de diferentes campos de conhecimento, tais como cultural, assistência social, gestão, esporte, lazer e outros. Os marcos legais apontam para a necessidade de se manter um exercício permanente de interdisciplinaridade e Intersetorialidade, contribuindo para resultados eficazes e resolutivos na saúde (BRASIL, 2010). A profissão educação física, por lidar com o esporte, lazer e saúde, utilizando de diversas práticas da cultura corporal, tem sido incluída para contribuir na composição de uma equipe multiprofissional, no NASF e em diferentes serviços do SUS.

O desenvolvimento do SUS é, sem dúvida, um desafio, considerando o fato de o Brasil possuir uma das maiores desigualdades sociais do mundo. A universalização, a necessidade de um modelo de atenção mais adequado, o modelo institucional, a necessidade de melhoria na gestão do trabalho e o financiamento são apontados como as maiores dificuldades para o SUS (GUEDES, 2008).

Uma das mais importantes iniciativas relacionada ao SUS foi a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Ela é um dos focos do trabalho das equipes dos NASF. Criada em 2006, a PNPS aponta estratégias de promoção da saúde (BRASIL, 2006). Entre suas metas se destacam: o incentivo à alimentação saudável, à prática de atividades físicas, à prevenção e controle do tabagismo, à redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, entre outras ações que visam incidir na vida da população de modo a favorecer escolhas saudáveis por parte dos indivíduos e das coletividades no local onde vivem e trabalham (BRASIL, 2006). Os principais eixos que sintetizam as PNPS se referem à prática regular de exercícios físicos/práticas corporais, à eliminação do álcool e do tabagismo, bem como de outros tipos de drogas, e, ainda, alimentação saudável e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

De acordo com Buss e Pellegrini Filho (2007),

Nas últimas duas décadas, entretanto, a vivência de gestores e trabalhadores do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde trouxe à tona a compreensão dos determinantes sociais na condução das necessidades de saúde das comunidades. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p. 13).

Existem várias formas de se incentivar hábitos adequados à saúde da população. Basta que as políticas públicas e os gestores as coloquem em prática visando o bem-estar da população. Nas últimas duas décadas, entretanto, a vivência de gestores e trabalhadores do SUS, no cotidiano dos serviços de saúde, trouxe à tona a compreensão dos determinantes sociais na condução das necessidades de saúde das comunidades (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

2.2 O NASF: CONCEITOS, DIRETRIZES PRINCÍPIOS

Segundo o Caderno de Atenção Básica número 39, o NASF é composto por uma equipe multiprofissional que abrange diferentes áreas de conhecimento e que atua para a melhoria na saúde das famílias, apoiando, auxiliando, complementando e compartilhando conhecimentos e práticas em saúde nos territórios (BRASIL, 2014).

Neste viés, o termo 'território' pode ser entendido como:

[...] o que está próximo; é o mais próximo de nós. É o que nos liga ao mundo. Tem a ver com a proximidade tal como existe no espaço concreto, mas não

se fixa a ordens de grandeza para estabelecer a sua dimensão ou o seu perímetro. É o espaço que tem significado individual e social. Por isso ele se estende até onde vai a territorialidade. Esta é aqui entendida como projeção de nossa identidade sobre o território [...]. (MESQUITA, 1995, p. 83).

Já para Pereira e Barcellos (2006)

[...] a política da territorialização carece de um estudo propriamente geográfico - embora, obviamente, o debate territorial não seja um atributo único e particular da geografia, o que seria uma pretensão. A preocupação em operacionalizar o conceito de território, sem, no entanto, uma discussão sobre os seus múltiplos sentidos”. Existe uma lacuna que pode ser constatada pela pequena participação dos geógrafos em todos os níveis desse programa”, referindo-se à Saúde da Família, ou seja, à atenção primária. Contudo, não há dúvida, a territorialização aponta uma prática, um modo de fazer. Ela resolve uma questão relativamente complexa. Não é fácil definir limites para os serviços. Talvez seja por isso que seu uso tenha ganhado contornos “políticos oficiais”. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 48).

Assim, o termo ‘território’ em se tratando saúde, de acordo com Souza (2004), pode ser definido da seguinte forma:

O entendimento de território como processo configura-se em um importante instrumento de trabalho das equipes de saúde. Através do diagnóstico da realidade local e das situações de saúde que se manifestam a partir das dinâmicas relações sociais, econômicas e políticas historicamente produzidas entre os sujeitos que convivem no território, é possível direcionar as práticas em saúde às necessidades da população. (SOUZA, 2004, p. 61).

Dessa forma, o território passa a ocupar o lugar de categoria de análise social que compreende o movimento socioespacial como sendo um meio de forçar e tensionar a sociedade a se equilibrar diante de todos os processos históricos que ocorrem diariamente (SOUZA, 2004). No que tange a saúde, os movimentos inseridos no território são ações direcionadas à redução de vulnerabilidades e à produção de saúde em determinadas áreas. A pactuação de apoio é, por si só, uma estratégia de cogestão e coprodução do trabalho realizado entre as equipes em rede (BRASIL, 2010).

Em resposta a isso, foi instituída, a Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cuja principais diretrizes estão dispostas no artigo 1º, que coloca os objetivos dos trabalhos da seguinte maneira:

[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da

Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008b).

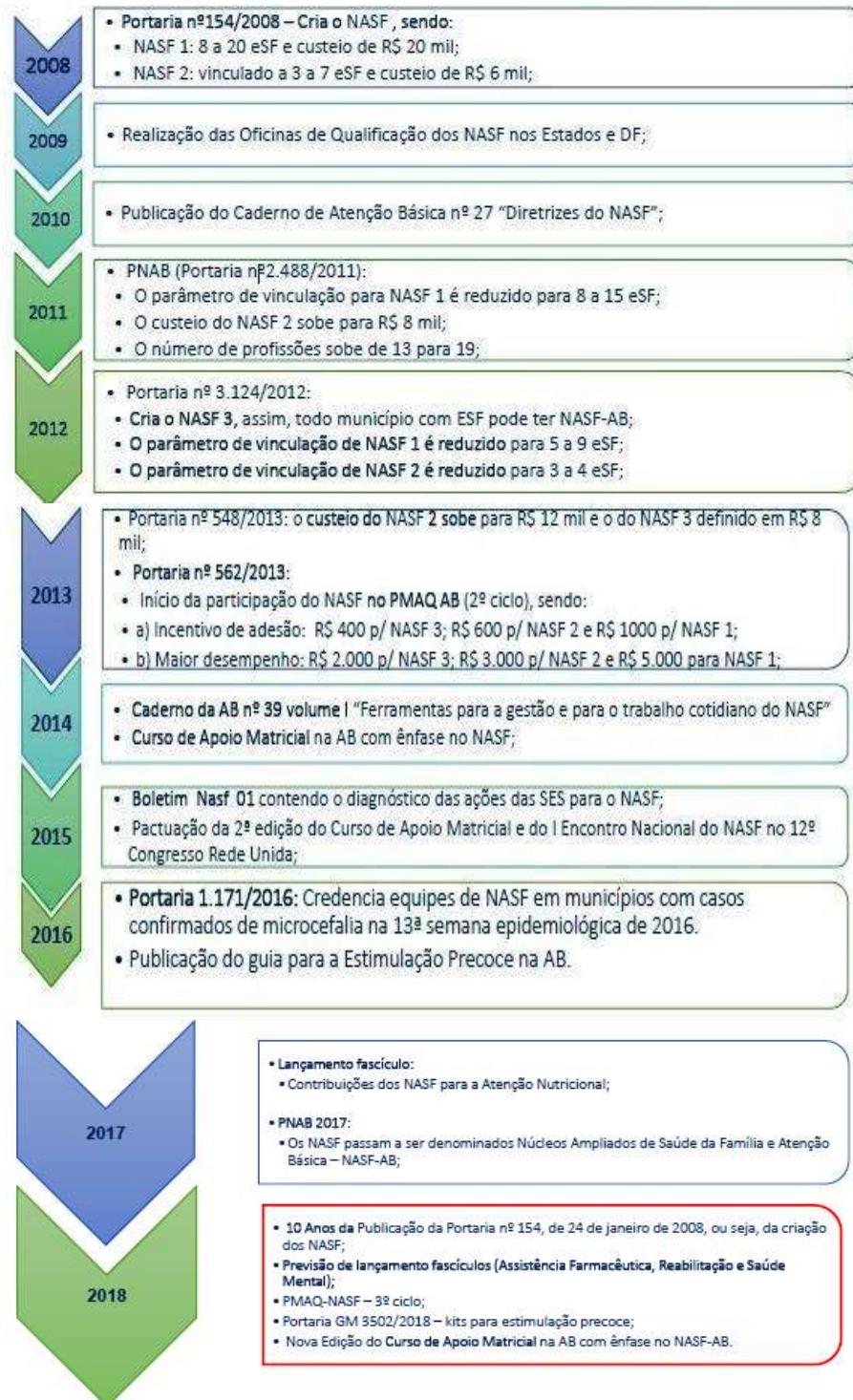
De acordo com o regulamentado pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, os núcleos são compostos de:

[...] equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de atenção primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. (BRASIL, 2011).

Esses aspectos exigem dos profissionais que, além da transmissão de conhecimentos em linguagens populares, também proporcionem formas mais prazerosas de cuidar da saúde da população, trabalhando sempre alicerçados na abordagem integral do indivíduo, integralidade nos aspectos cultural, familiar e social (BRASIL, 2009).

A obra 'Encontro estadual para fortalecimento da atenção básica' (2018) apresenta a linha do tempo de criação e desenvolvimento dos NASF (FIGURA 3). Embora se identifique um crescimento no número de NASF no País, a implantação dessa política, até então, constitui-se um grande desafio (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2015). Em termos quantitativos, os dados demonstram um crescimento desse programa desde sua criação, de modo que em 2008 havia menos de 500 NASF instituídos no Brasil, já em 2009 esse número aumentou para quase 1.000; em 2010, ultrapassou a marca de 1.000 NASF. Em 2011 chegou à marca de quase 1.500 NASF; no ano de 2012 alcançou a marca de 1.500. Já no ano de 2013, haviam quase 2.000 NASF no Brasil; em 2014 e 2015 as marcas ultrapassaram 2.000 NASF, chegando quase a 2.500, marca que foi alcançada definitivamente no ano de 2016. Já em 2017, esse número caiu, voltando a pouco mais de 2.000 (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Figura 3 - Linha do tempo do NASF



Vários são os trabalhos e as atividades que os profissionais componentes dos NASF desenvolvem. Tais atividades promovem um diferencial positivo no que

concerne o trabalho das equipes da ESF, já que as propostas devem ser compartilhadas entre esses profissionais, seja nos atendimentos individuais ou em grupo, onde podem ofertar oficinas de educação em saúde e até estudos de caso, entre outras várias opções norteadoras.

De acordo com o Caderno 37 do NASF (BRASIL, 2009), o núcleo deve atuar:

[...] dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização. Assim, a organização dos processos de trabalho dos NASFs, tendo sempre como foco o território sob sua responsabilidade, deve ser estruturada priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA 8 MINISTÉRIO DA SAÚDE / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2009, p. 49).

Desde a sua implantação como equipe de apoio o NASF já passou por algumas mudanças, de forma a ampliar o acesso das equipes e desenvolver ações mais próximas às comunidades assistidas, seja nas dimensões clínico-assistenciais ou técnico-pedagógicas. De modo que foi possível acrescentar vários outros tipos de atendimentos, tais como ações clínicas de avaliações e de diagnósticos, partindo para ações interdisciplinares, coletivas, tendo como foco a população, os indivíduos e o território, priorizando o matriciamento, as reuniões em grupo, bem como a redução do assistencialismo, que acaba gerando a subutilização dos NASF. O foco posterior veio ampliar uma visão que visa evitar a fragmentação das equipes e do próprio trabalho que precisa ser realizado (TESSER, 2017).

De acordo com a Portaria n. 3.124/2012, existem três modalidades de NASF, sendo estas: NASF 1, NASF 2, e NASF 3 – caracterizadas na Figura 4. E existem nove áreas estratégicas que compõem os NASF: 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 (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2015).

Figura 4 - Modalidades do NASF

NASF-AB 1	NASF-AB 2	NASF-AB 3
<ul style="list-style-type: none"> • 5 a 9 eSF/eAB vinculadas • Mínimo 200h semanais • Custeio mensal e incentivo de implantação: R\$20.000,00 • Custeio PMAQ (2º ciclo): R\$1.000,00 a R\$5.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 a 4 eSF/eAB vinculadas • Mínimo 120h semanais • Custeio mensal e incentivo de implantação: R\$12.000,00 • Custeio PMAQ (2º ciclo): R\$600,00 a R\$3.000,00 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 2 eSF/eAB vinculadas • Mínimo 80h semanais • Custeio mensal e incentivo de implantação: R\$8.000,00 • Custeio PMAQ (2º ciclo): R\$400,00 a R\$2.000,00



Fonte: Brasil (2018).

O apoio matricial é uma célula fundamental do trabalho no NASF. Teve sua metodologia desenvolvida na rede de saúde de Campinas (SP) no final da década de 1980 com foco em objetivar a democratização das relações de trabalho, bem como melhorar o atendimento em saúde. Com a criação dos NASF, foi incorporada uma ampliação de resolutividade do trabalho das equipes da atenção básica e estratégia de saúde da família (BRASIL, 2008). Isso fez com que o apoio matricial fosse expandido para além dos limites municipais da cidade de Campinas, mostrando, em 2015, um avanço de 3.925 equipes de NASF (BRASIL, 2015).

Oliveira e Campos (2017) definem o apoio matricial como sendo um 'arranjo organizacional', ao mesmo tempo em que se mostra também como uma importante metodologia de trabalho baseada no Método de Roda, na qual os profissionais, com especialidades e profissões diferentes daquelas equipes apoiadoras, resguardam e asseguram um suporte técnico-assistencial e técnico-pedagógico utilizando de uma retaguarda especializada.

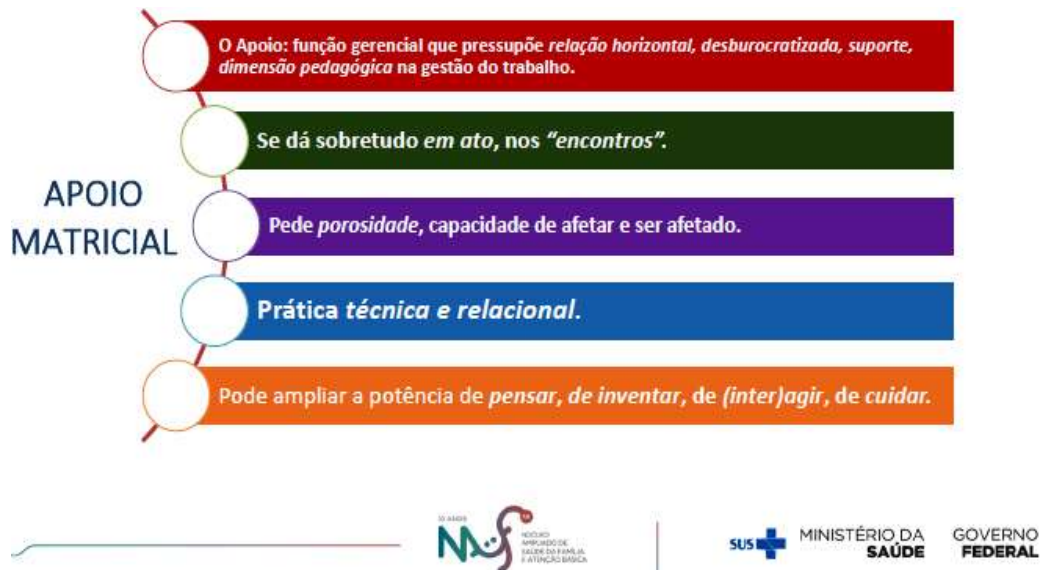
Abordando a importância do apoio matricial, Oliveira e Cunha (2017 *apud* CUNHA, 2009) definem que:

As diretrizes para a formação dos trabalhadores que desenvolvem ações de Apoio Matricial estão em processo de construção. Contudo, considera-se importante que tenham uma formação que os capacite em temas específicos ao seu núcleo de saber e ainda em habilidades de manejo de grupos, elaboração de ações no território a partir da análise das necessidades e

discussão de casos na perspectiva interdisciplinar, considerando a abordagem familiar. (OLIVEIRA; CUNHA, 2017, p. 188 *apud* CUNHA, 2009).

O apoio das gestões pode contribuir com a prática do apoio matricial entre as equipes, como mostra a Figura 5 (BRASIL, 2018).

Figura 5 - Designações do apoio matricial



Fonte: Brasil (2018).

No apoio matricial os profissionais devem acolher os usuários, principalmente aqueles que necessitam de reabilitação, priorizando, nesses casos, os atendimentos coletivos, atendendo, orientando e fazendo o acompanhamento de acordo com suas necessidades e de acordo com a capacidade da ESF (BRASIL, 2008).

A dimensão assistencial atribuída ao apoio matricial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, enquanto a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos. Assim, o apoio matricial se mostra de fundamental relevância também nos processos que visam se diferenciar dos modos tradicionais de atendimento, em que se utiliza, normalmente, relatórios, protocolos, referências e contra referências.

No processo de matriciamento tudo ocorre de modo mais horizontal, negociando e compartilhando estratégias de cuidado com os colegas da equipe e com o usuário. Nele se forma uma espécie de acompanhamento longitudinal, que visa o

fortalecimento dos cuidados no SUS, tendo sempre, como ponto de articulação, o NASF (BRASIL, 2018).

Tesser (2017) relata em seus estudos que o matriciamento que é realizado dentro dos locais relacionados à saúde, mais especificamente dentro dos NASF, não são bem definidos, uma vez que abrem precedentes que polarizam as discussões neste âmbito; sendo que gestores e pesquisadores da área defendem que o matriciamento dentro dos núcleos acaba por se esgotar quando se depara com o apoio técnico-pedagógico. No entanto, há pesquisadores, que segundo o autor supracitado, afirmam que o apoio clínico-assistencial faz parte do NASF, não podendo este ser ignorado. Inclusive, o autor aponta que as ações específicas executadas nos NASF precisam ser organizadas, de forma a viabilizar a estruturação da APS, bem como o cuidado 'longitudinal' que elas podem oferecer, já que se não houver parceria e cumplicidade no campo de trabalho, as ações se fragilizam.

2.2.1 Clínica ampliada

A organização e o desenvolvimento do processo de trabalho do NASF dependem de algumas ferramentas já amplamente testadas na realidade brasileira, como é o caso da clínica ampliada (BRASIL, 2009).

De acordo com Campos (1996), a clínica ampliada rompe com a visão hospitalocêntrica, dando espaço para que os sujeitos se posicionem diante de seu próprio processo de saúde. Portanto, quando se fala sobre este termo, deve-se lançar um olhar mais geral para os usuários do SUS, primeiramente observando a saúde do sujeito, ou seja, não basta tratar o indivíduo somente com medicação, mas sim oferecer a ele meios de se manter saudável, bem como apresentar-lhe novos tratamentos através da união de multiprofissional.

Na clínica ampliada o objetivo principal é construir uma relação colaborativa de trabalho, em que o cuidado com o indivíduo é compartilhado de forma prática e responsável, buscando a interdisciplinaridade nos processos de trabalho. Bem como o apoio multiprofissional, de forma que as competências específicas de cada profissional enriqueçam uns aos outros, ampliando, dessa forma, o cuidado que precisa ser prestado (BRASIL, 2018).

A proposta de clínica ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários.

Cada profissional faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional (BRASIL, 2009). Promover a ampliação da clínica não significa somente aumentar as análises feitas pelo profissional de saúde acerca da situação ou caso dos usuários, mas também ter condições de ofertar meios de expandir sua qualidade de vida, criando essas condições de modo coletivo (BRASIL, 2018). Dentro da clínica ampliada há cinco eixos norteadores, como se pode visualizar no quadro disposto na Figura 6.

Figura 6 - Eixos norteadores da clínica ampliada

Eixo	Orientação
1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença	Evitar privilegiar apenas uma dimensão da vida. Olhar a situação a partir da construção da vida – situações reais com sujeitos reais. Realizar sínteses tencionando os limites das disciplinas (conhecimentos: economia, saúde, política etc.).
2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas (reunião de equipe)	Reconhecer a complexidade dos problemas e a incompletude do conhecimento. Compartilhamento na discussão do caso em todo processo até a construção da solução. Construção compartilhada com equipe, sistema de saúde e usuários.
3. Ampliação do “objeto de trabalho”	Romper com a fragmentação do processo de trabalho e com a hiperespecialização. Pensar o objeto em relação com seu meio – o objeto de trabalho é o ser humano e as comunidades nos contextos em que estão inseridos, e não as patologias e os procedimentos.
4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho	Privilegiar arranjos e dispositivos de gestão que fortaleçam a comunicação transversal na equipe e entre equipes (nas organizações e RAS). Utilizar técnicas que aumentem a capacidade de escuta do outro e de si mesmo, e que ensinem lidar com condutas automatizadas de forma crítica, com a expressão de problemas sociais e subjetivos, com família e com comunidade etc.
5. Suporte para os profissionais de saúde	Criar instrumentos de suporte aos profissionais de saúde para que eles possam lidar com as próprias dificuldades. Enfrentar dificuldade de realizar a escuta do outro, de lidar com a dor e o sofrimento. Enfrentar o não envolvimento e a falsa neutralidade.

Fonte: Adaptado de Brasil (2009).

Assim, de acordo com Brasil (2017), à clínica ampliada cabe a função de

[...] ser membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia a dia nas UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estabelecer e compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma

visão comum e aprender a solucionar problemas pela comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um. Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de educação permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes. (BRASIL, 2017, p. 62).

Ressalta-se ainda, segundo o PNAB (BRASIL, 2017), que, quanto a realizar ou não atendimentos nas Clínicas Ampliadas:

Os NASFs-AB 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 que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias. Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFs-AB): a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vinculadas; b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais de todos os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes dentre outros, no território. (BRASIL, 2017).

Dessa forma, o trabalho da clínica ampliada segue as etapas e objetivos apresentados na Figura 7.

A clínica ampliada, se vista de um modo singular, caracteriza-se por ser 'um compromisso radical' com o sujeito adoecido. Assume ainda a responsabilidade com os usuários dos serviços de saúde, buscando auxílio em outros setores pertinentes. A isso se dá o nome de intersectorialidade, que faz com que os limites que abrangem os conhecimentos dos profissionais de saúde inseridos no processo e nas tecnologias atuais sejam reconhecidos e assumidos através de um compromisso ético (DIAS; SILVA, 2018).

Figura 7 - Clínica ampliada: etapas e objetivos



Fonte: Brasil (2018).

Fazendo as aproximações com o campo da educação física, em um artigo recentemente publicado por Freitas, Carvalho e Mendes (2013), com o título 'Educação física e saúde: aproximações com a clínica ampliada', as autoras apresentam algumas reflexões acerca da educação física no enfoque da formação profissional e o trabalho em saúde, defendendo que

[...] as políticas públicas, tanto do ponto de vista da formação quanto da intervenção, possuem fundamental importância nos modos de agir e de pensar a saúde no Brasil. No caso específico da Educação Física, as mudanças já são visíveis, principalmente quando se referem às práticas corporais. Os aportes metodológicos da Clínica Ampliada são fundamentais para reorientar as ações com os usuários, profissionais específicos e o próprio serviço, numa relação mais horizontal, que podem contribuir oferecendo subsídios no diálogo com outras profissões, qualificando o trabalho do cuidado em saúde. (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013, p. 643).

Enfim, compreende-se que o profissional do NASF, ao focar a clínica ampliada, deve estar capacitado para se incorporar à equipe multidisciplinar da saúde, pois trabalhará com atividades que abordam a gestão e também as políticas de saúde, além, é claro, das práticas corporais e das atividades físicas elaboradas especificamente para os usuários.

Pacheco e Soares (2016) defendem que, para haja uma atuação eficaz, o profissional deve acompanhar e contribuir com as transformações que vão surgindo na área da saúde. Dessa forma, a Pactuação do Apoio conta com ferramentas tecnológicas que definem as organizações dos processos de trabalho no NASF, bem como os PSTs. Enquanto isso, as equipes de saúde e os gestores da saúde da família e dos NASF discutem propostas de trabalho que buscam a valorização, o desempenho e, conseqüentemente, as metas alcançadas.

A atividade de Pactuação deve ser rotineira e precisa incorporar a definição de objetivos, problemas prioritários, critérios de encaminhamento ou compartilhamento de casos, critérios de avaliação do trabalho da equipe e dos apoiadores e as formas de explicitação e gerenciamento resolutivo de conflitos. (BRASIL, 2010).

De acordo com Oliveira (2007), é importante frisar que tal roteiro não deve ser transformado em um protocolo operacional rígido ou em normalização, mas sim ser dinâmico e flexível, indo ao encontro das necessidades de cada território visando não contrariar os princípios básicos do PST. Para que haja a Pactuação do Apoio através da operacionalização do PST, o Ministério da Saúde propõe que os roteiros sejam baseados nos elementos constantes da Figura 8.

A fim de buscar uma nova versão para os serviços oferecidos pelo NASF, em 2020 surgiu um novo financiamento da saúde no Brasil, definido pela Norma técnica n. 3/2020 (BRASIL, 2020a), que implica em um impasse que define novas políticas que modificam a estruturação desses serviços nos municípios e a atuação nos NASF. Tais modificações deveriam buscar por melhorias para este programa, porém, entre elas, destaca-se a possibilidade de sua extinção e é por esse motivo que se aborda aqui este assunto.

Apesar de todas as vantagens que o NASF oferece hoje para a organização e ampliação do cuidado em saúde, com o novo financiamento da saúde, aprovado em 2020, está clara a possibilidade de esses serviços serem extintos. O que o novo sistema de financiamento aponta é que não há mais a chamada 'verba carimbada', condição na qual as verbas de saúde que chegavam para os municípios eram destinadas com especificação para cada programa. Diante da nova lei, a verba pode ser usada pelo município para qualquer tipo de situação relacionada à saúde, o que pode prejudicar alguns programas, pois, com isso, os gestores municipais podem

decidir por extinguir programas que auxiliam na promoção de saúde da população, como os NASF (Brasil, 2020).

Figura 8 - Construção do PST



Fonte: Brasil (2010).

Com a finalização de verbas específicas para cada programa e, tendo em vista o estabelecimento de avaliação por desempenho como critério para que se possa haver financiamentos para a Atenção Primária à Saúde (APS) dos municípios, é possível que as atenções dos municípios sejam concentradas nos indicadores que são previamente monitorados, fazendo com que se altere o escopo dos trabalhos das equipes de APS. Isso afetaria o trabalho das equipes que possuem como objeto os problemas de saúde que a comunidade apresenta, notadamente no âmbito da dimensão coletiva (TESSER; POLI NETO, 2017).

De acordo com Harzheim *et al.* (2020),

Para fins de análise, os valores das transferências para os municípios no novo modelo de financiamento foram comparados com os valores de 2019 para cada município, a fim de estimar o impacto (perdas ou ganhos) do Novo financiamento nas transferências federais para APS. Foram pagas 12 parcelas dos recursos financeiros referentes à competência financeira 08/2019, correspondentes a Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFS-AB), sem

considerar suspensões por qualquer motivo (para os municípios que não informaram nenhuma ESF ou NASFS na competência financeira 08/2019, foi considerado o valor referente à competência com maior número de equipes no ano de 2019); Pagamento por desempenho – comparado a 12 parcelas dos recursos financeiros que os municípios fazem jus de acordo com a segunda lista de certificação do 3º ciclo do PMAQ, sem considerar suspensões de qualquer tipo. (HARZHEIM *et al.*, 2020).

Com a austeridade na saúde e a falta de investimentos sociais que visem melhorar a saúde e bem-estar da população, o desejo de se construir um país melhor e mais humano, em que todos possam desfrutar de atendimentos relativamente essenciais, fica a desejar. Como expressam Stuckler e Basu (2014):

De forma consistente, os resultados de um grande volume de estudos demonstram que o estímulo a programas de saúde pública contribui para o crescimento econômico que, por sua vez, contribui para o pagamento da dívida dos países. Por outro lado, cortes em gastos sociais no curto prazo durante um período de recessão resultam em contração da economia e piora nos indicadores de saúde. Ou seja, a austeridade agrava a crise econômica, em vez de resolvê-la. (STUCKLER; BASU, 2014, p. 55).

Isto posto, o que se compreende acerca dos cortes de verbas públicas destinadas à saúde é que se houvessem políticas públicas inteligentes, com escolhas econômicas mais humanas a ponto de solucionar os problemas relativos às dívidas existentes nos países, conforme apontam Stuckler e Basu (2014), não faltariam verbas para este fim e, evidentemente, não se colocaria em risco a saúde da população.

Na Norma técnica n. 3/2020, sobre o NASF, está especificado, nos itens 2.1 e 2.2 que, tendo em vista o novo financiamento e as novas leis mantenedoras de repasse de verbas para os municípios, a composição das equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF, assim, o gestor passa a ter autonomia para compor suas equipes, podendo definir os arranjos e a carga horária das mesmas, porém, com a revogação das referidas normativas, o Ministério da Saúde não realizará mais credenciamentos no NASF (BRASIL, 2020a). Com a referida norma técnica, passa a valer a Portaria n. 2.979, de 12 de novembro, que

Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. (BRASIL, 2019a).

Em suma, o que fica alterado para esse novo modelo de financiamento são os rateios de incentivos e recursos para a APS, eliminando o sistema anterior e efetivando os repasses por meio de pessoas cadastradas e carteiras de serviços, descaracterizando os princípios das diretrizes do SUS e retirando o NASF das estratégias e ações que visam a atenção básica.

Para o PEF, que até pouco tempo tinha sua atuação inserida também na área da saúde e que 'timidamente' iniciou seu processo de inserção nas equipes multiprofissionais, permanecem as mesmas dúvidas e anseios sobre a relevância do seu trabalho e de suas ações no escopo da saúde. Da mesma forma, segue a restrição de execução de concurso específicos para compor as equipes dos NASF.

Com as mudanças nos novos moldes de financiamento para a área da saúde, em específico para os NASF, Reis e Meneses (2020) comentam que, teoricamente os NASF não foram extintos, porém, dependem da vontade dos gestores locais para continuar com seu trabalho, como explicam no excerto a seguir.

O Ministério da Saúde e o CONASEMS têm dito que os NASFS não acabaram. A publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, no entanto, deixa ainda mais nítido o que já havia sido anunciado na Política Nacional de Atenção Básica de 2017: não há mais nenhum tipo de estímulo por parte do MS ao *modus operandi* do NASFs-AB e à lógica do apoio matricial. Além disso, agora fica a cargo do gestor local definir se manterá os profissionais neste ponto de atenção. Caso sim, também cabe a ele definir em que formato os manterá (vinculados a equipes NASFs-AB, vinculados diretamente às ESF, ou não vinculados a nenhuma equipe, apenas cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde). Quer dizer, na política nacional o NASFs-AB enquanto estratégia acabou, sim. A posição do Ministério da Saúde é, na prática, pelo fim do NASFs-AB. Nos municípios, talvez acabe, talvez não: como dito, vai depender da decisão do gestor local. (REIS; MENESES, 2020).

Reis e Meneses (2020) afirmam que é necessário ao menos tentar dizer o quanto os profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional do NASF são importantes e fundamentais para promover melhoras nos aspectos da atenção básica, bem como para o bom desempenho da ESF. De certa forma, tudo isso vai ao encontro dos princípios estabelecidos pelos NASF, que visam, desde o início, a ampliação da qualidade e resolutividade da saúde da família e, por assim dizer, deveriam atender melhor a população em seus problemas e necessidades. Tais ações fortaleceriam a importância de manter esse serviço de atendimento na saúde.

3 A EDUCAÇÃO FÍSICA E SUAS RELAÇÕES COM A SAÚDE: ABORDAGENS, TENDÊNCIAS E CONSTRUCTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A saúde é um tema discutido pela área da educação física desde seus primórdios. A busca por legitimação social no campo acadêmico desencadeou a inserção dessa profissão nos serviços de saúde pública do SUS. O desafio para a EF seria o de promover a saúde a partir de práticas corporais públicas e gratuitas para todos sujeitos que delas necessitam visando que tenham um melhor modo de vida.

Neste capítulo reflete-se brevemente quanto à história da educação física e sua relação com a saúde, demarcando sua aproximação com diferentes concepções de saúde: da visão clínica e assistencial/tratamento, exclusivamente biomédica (pautada na aptidão física), passando pela abordagem da saúde renovada com os modelos uni e multicausal, e pela abordagem dos determinantes da saúde, chegando, por fim, à concepção centrada na determinação social da saúde; todas balizadas por princípios teórico e metodológicos do campo da saúde coletiva.

O núcleo profissional da EF, na busca pela legitimação social e por *status* científico, produziu conhecimentos e práticas focadas prioritariamente na responsabilidade individual. Conforme Bouchard *et al.* (1990), autores de referência para o campo sob o modelo biomédico, há estudos que defendem que a prática regular de exercícios físicos sempre será fator determinante para uma boa saúde, reconhecendo que ter boa saúde depende de vários fatores.

Sabendo que o modelo biomédico possui suas raízes históricas no período Renascentista, com contribuições de astrônomos, filósofos, teóricos e estudos anatômicos, é possível compreender o quão complexas foram as adaptações e evoluções realizadas para que se pudesse chegar ao modelo que se tem nos dias atuais (BARROS, 2002). Mas, mesmo com várias adaptações, percebe-se que ainda não se chegou a um consenso, isso porque ao se analisar o seu conceito nos dias atuais, ver-se-á que não houve evolução no sentido do pensamento ampliado de coletividade. De acordo com Brasil (2006),

[...] o modelo biomédico nega a saúde pública, a saúde mental e as ciências sociais, bem como não considera científicos e válidos outros modelos de saúde. [...] O conhecimento e a prática de saúde são centralizados no profissional médico. Isso tem como consequência uma posição autoritária, unidisciplinar e com intenso uso do aparato que lucra com a doença:

hospitais, exames, remédios, medicina altamente especializada – o chamado complexo médico-industrial. (BRASIL, 2006).

Quando se trata do modelo hegemônico de saúde, vê-se repetir praticamente os mesmos critérios, uma vez que tal modelo veio para priorizar as demandas populacionais dentro de uma perspectiva unicamente médica. Isso significa ter, como características principais, o “[...] individualismo, a saúde/doença da mercadoria, a história da prática médica, a medicalização dos problemas, o privilégio da medicina curativa e os estímulos ao consumismo médico” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

O modelo médico-centrado também não aceita outros tipos de intervenção que não sejam os da medicina. Isso fica claro quando Pinheiro e Mattos (2003) afirmam que este

[...] é um modelo centrado na demanda espontânea, porém baseado em procedimentos e serviços especializados e na clínica. Ainda é o mais prestigiado na sociedade. O seu perfil principal é demanda aberta. O objetivo é a doença ou o doente, seu agente é o médico, complementado pelos paramédicos. Os meios de trabalho são as tecnologias médicas e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para hospitais. (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

É por esse motivo, que ainda se busca por um modelo contra-hegemônico, que lute para que as práticas contrárias às apresentadas sejam também efetivadas e respeitadas no âmbito público da saúde. Como exemplo, cita-se as práticas corporais do PEF, que também podem contribuir com a melhora na saúde do indivíduo e, então, passar a compreender isso como um modelo normal, natural, convencional e habitual dentro dos serviços da saúde. É nesse sentido que Otani e Barros (2011) acrescentam que

[...] de uma quantidade de práticas (culturais, artísticas, populares, vitalistas) existentes no Brasil, somente cinco foram legitimadas pela política nacional, que são a Medicina Tradicional Chinesa, o Termalismo, as Plantas Medicinais e os Fitoterápicos, a Medicina Antroposófica e a Homeopatia. A lógica de aceitação de práticas não hegemônicas (aqui nos referimos não somente as regulamentadas pela PNPIC, mas a todas as práticas relacionadas ao paradigma vitalista, saberes populares e práticas corporais) está relacionada à possibilidade de cientificar determinadas práticas, a partir do aval dos profissionais da saúde e de políticas públicas elas passam a ser consumidas social, econômica, industrialmente de forma indiscriminada. (OTANI; BARROS, 2011).

Quando se parte para o debate sobre a saúde renovada, os principais teóricos que representam essa abordagem são Guedes e Guedes (1996), Nahas e Garcia

(1997) e Matsudo *et al.* (2001), entre outros. Eles defendem a ideia de que a educação física deve ser focada em uma perspectiva biopsicológica para explicar os fenômenos e as causas da saúde. Partindo-se do princípio de que a saúde renovada tem caráter higienista e que seu foco está centrado nos aspectos biodinâmicos do exercício físico, o 'tripé' dessa teoria pode ser caracterizado pela relação linear de causa e efeito, ou seja, quanto mais atividade física, mais aptidão física e, conseqüentemente, mais saúde.

De acordo com essa concepção, conclui-se que a prática constante de atividades físicas é capaz de levar a um melhor modo de vida ao sujeito, visto que a relação entre os componentes de aptidão física relacionados à saúde, com a própria 'aquisição' de saúde, ocorre graças aos fatores relacionados entre eles, juntamente com as condições ambientais, os estilos de vida e os aspectos relacionados à hereditariedade das pessoas. Tais fatores são importantes porque podem afetar as inter-relações existentes entre a atividade física e aptidão física e saúde. No entanto, também se percebe a falta da reflexão sobre a saúde mental nos aspectos psicológicos e a não tematização das dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas na relação atividade física e saúde.

Esta abordagem biomédica tem sido foco de críticas pela abordagem individualista e centrada na dimensão orgânica dos seres humanos. Para Pinto *et al.* (2012) essa abordagem precisa ser contestada.

Pode-se afirmar que, a partir da primeira década do século XIX, a Educação Física é sistematizada em "métodos", ganha foros científicos e é disseminada como "grande bem" para todos os "males", como protagonista de um corpo saudável... saudável porque faz exercícios físicos. Entretanto, o exercício físico não é saudável em si, não gera saúde em si, é apenas e tão somente um elemento, num conjunto de situações, que pode contribuir para um bem-estar geral e, neste sentido, aprimorar a saúde, que não é um dado natural, um *a priori*. Ao contrário, saúde é resultado, porque, mais que o vigor físico corporal, compreende o espaço de vida dos indivíduos, daí não ser possível medi-la, nem a avaliar apenas pela aparência de robustez ou de fadiga. (PINTO *et al.*, 2012, p. 41).

Criticando a visão biomédica, Pinto *et al.* (2012) afirmam que a educação física, ao defender exclusivamente a dimensão biológica, fortalece o processo de 'higienização da sociedade'.

Como um marco nesta discussão, destaca-se a dissertação de mestrado defendida na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em 1993, pela professora Yara Maria de Carvalho, com o título 'O mito atividade física/saúde', na

qual foi orientada pelo sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos. Depois a pesquisadora publicou o livro 'O mito da atividade física e saúde' (2001), trabalho que pode ser entendido como:

[...] um contraponto à centralidade ocupada pelo paradigma biomédico nas discussões acadêmicas, em particular nas profissões da saúde. Segundo sua tese central, tanto o processo de formação quanto a atuação em saúde, historicamente, tem se dirigido, antes, para a lógica da doença do que para a temática da saúde propriamente dita. (CARVALHO, 2001).

Nesta linha, Carvalho (1995) indica que o modelo biomédico ignora outros aspectos fundamentais na determinação da saúde humana, como a cultura, os contextos sociais e as políticas públicas. Embora haja, historicamente, diferentes formas de abordar a relação educação física e saúde, a saúde renovada se destacou na produção científica do campo da EF.

Para Ferreira e Sampaio (2013), a relação atividade física e saúde, na abordagem da 'saúde renovada', é tida como causa e efeito. Visão não completamente biologicista, mas que defende, de forma muito forte, as questões orgânicas e psicológicas como determinantes da saúde. Ou seja, uma visão individualista e fragmentada da saúde humana. Castellani Filho (2009) igualmente questiona a abordagem biomédica da saúde na EF, afirmando que

A educação física tinha que romper a sua relação paradigmática com a aptidão física e tinha que se aproximar de uma outra relação paradigmática de natureza histórico-social. Então tinha que chamar para ela elementos presentes nas Ciências Humanas, nas Ciências Sociais, portanto na Sociologia, na Antropologia, na História, na Filosofia, e a partir de aí orientar o processo de sua inserção na saúde. (CASTELLANI FILHO, 2009, p. 188).

Palma (2001) critica o modelo da saúde renovada. O autor considera que a saúde está em estado constantemente mutável, já que se constitui de forma individual ao longo da vida. E é por esse motivo que considera a educação física como um importante aliado na construção focada no social, sustentando a crítica que preconiza a necessidade de considerar fatores ambientais e sociais como produtores de saúde. Dessa forma, todos os fatores que colocam em risco as disfunções físicas e psicológicas dos indivíduos podem ser consideradas como maléficas. Também Ferreira e Sampaio (2013) defendem a necessidade de buscar modelos de compreensão em saúde que sejam mais abrangentes e que não excluam as questões

biológicas, mas sim que defendam o fenômeno social como sendo fator decisivo para o entendimento de saúde.

Em suma, percebe-se que todos esses processos aos quais a educação física vem percorrendo ao longo do tempo, até chegar na saúde renovada, são positivos e importantes, porém, não consideram a complexidade, a multifatorialidade e a multidimensionalidade da saúde humana. A professora Yara Maria de Carvalho, ainda em 1995, ao discutir e apontar, em sua dissertação, o mito da relação atividade física e saúde, afirma que:

A atividade física como saúde é legitimada por um modelo “extra-humano”, ou seja, o conteúdo do “mito” é arcaico e diz respeito a atos que pressupõem uma realidade absoluta, extra-humana. Além disso, o padrão estético almejado de beleza, saúde e conservação do corpo torna-se um “mito”, que afeta os desejos dos indivíduos quando estes pretendem corresponder ao padrão mítico. (CARVALHO, 1995,).

Durante os levantamentos para a pesquisa se buscou dados e discutiu-se acerca da relevância da educação física para a saúde, mas ao longo deste percurso, emergiu um questionamento: Todos os indivíduos são capazes de obter uma saúde exemplar? Todos têm as mesmas oportunidades independentemente de suas condições de classe social, gênero, raça, entre outros atributos determinantes das condições de vida? A resposta é não! Isso porque se o indivíduo não tiver condições de manter uma vida saudável, com moradia, saneamento básico e possibilidades de se exercitar, de nada bastam irreais alternativas.

Carvalho (1995) discute sobre o mito que diz que, caso o indivíduo faça parte de uma academia, por exemplo, ele ganhará um ‘corpo sarado’ e terá uma melhor qualidade de vida. Mas, e aquela pessoa que não possui meios econômicos para bancar tal promessa? Fica à mercê da doença? Não, e a crítica é exatamente sobre a forma como a saúde vem sendo ‘comercializada’. Neste sentido, as políticas de saúde criadas pelo Ministério da Saúde, como as Academias da Saúde, as atividades realizadas pelos NAFS ou pelos CAPS, que são ofertadas pelo SUS, podem contribuir para a democratização do acesso às atividades do campo da EF.

A desigualdade social descrita por Weissmann (2003) aponta que, na constituição de qualquer sociedade, existem diferenças entre os indivíduos, sendo que uns têm acesso aos melhores benefícios e, outros, dependem de suas biologies pessoais, ou seja, das condições eco-bio-psicossociais em que vivem.

3.1 A CONTRA-HEGEMONIA PAUTADA NAS PRÁTICAS CORPORAIS NO CAMPO DA SAÚDE

A da EF tem operado, em seus projetos, programas e na produção científica, utilizando com unanimidade a expressão 'práticas corporais' (PC), especialmente no campo da saúde. De acordo com Lazzarotti Filho, Silva e Mascarenhas (2010), tal expressão surgiu pela primeira vez em um artigo de Fraga, no ano de 1995, e passou a ser compreendida e utilizada com mais frequência a partir de 1996. Para estes autores 'práticas corporais' são práticas que buscam ações coletivas, voltadas para a melhoria do modo de vida do indivíduo.

Lazzarotti Filho, Silva e Mascarenhas (2010) afirmam que a expressão é compreendida, pelo campo da EF, como ações que indicam diferentes formas de manifestações culturais corporais que vão ao encontro do lazer, da ginástica, do esporte em suas várias dimensões, das artes, dos exercícios, das dietas, da recreação, das atividades motoras de todo tipo – tais como danças, jogos, práticas circenses e capoeiras (LAZZAROTTI FILHO; SILVA; MASCARENHAS, 2010).

Ainda de acordo com os citados autores,

Estes movimentos ou atividades vão desde as mais tradicionais (práticas adestradoras; precisas e sistematizadas de marcante caráter racional e higiênico; competitivas; práticas corporais mais remotas), até as ressignificadas, indicando ou não uma relação com a Educação Física (práticas corporais diárias; cotidianas; humanas; na maternidade; de diferentes culturas e ocidentais e orientais). (LAZZAROTTI FILHO; SILVA; MASCARENHAS, 2010, p. 25).

As PC, de acordo com Carvalho e Freitas (2006), falam muito sobre a saúde dos participantes. As diferentes práticas são vistas por parte das autoras da seguinte forma:

São práticas de saúde porque são ações coletivas voltadas para o “modo de andar a vida”, que determinam a melhora das condições de existência das pessoas, não demandam intervenção externa (medicamentos, exames, consultas) e possibilitam transformações relativas a valores, sentidos e significados. (CARVALHO; FREITAS, 2006, p. 176).

Carvalho *et al.* (2015, p. 33) complementam dizendo que “[...] esses elementos fortalecem as qualidades do encontro entre as pessoas através de diferentes

linguagens e formas de educação do corpo”. É neste sentido que a EF, como profissão integrante da área da saúde, pode trabalhar a partir das PC construindo interlocuções com outras profissões, considerando intervenções não exclusivas ao campo biomédico e focados nos princípios da saúde coletiva. As práticas corporais podem alcançar a eficácia do autocuidado.

Figueiredo e Campos (2003) também abordam essa considerável questão:

A saúde coletiva vem trabalhando no sentido de construir interlocuções com diferentes áreas do conhecimento para pensar ações conjuntas no âmbito da saúde. No entanto, é possível notar que a medicina baseada em evidências, de modo particular, ainda tem “[...] subestimado a importância de intervenções fora do núcleo médico, pouco investigando sobre a eficácia do auto-cuidado, da educação em saúde e da auto-análise [...]”, e desvalorizado “[...] o papel da alimentação e dos estilos e vida na produção de saúde”. (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2003, p. 108).

Antunes (2010) traz, em suas contribuições, discussões mais recentes sobre as PC. De acordo com a autora, “O processo de racionalização atua na destruição dos espaços de liberdade corporal por meio de ações de violência direcionadas ao corpo” (ANTUNES, 2010, p. 68). Ela acrescenta que é necessário haver um movimento que reforce a identidade dos sujeitos.

Antunes (2010, p. 8) diz ainda que, no âmbito da educação física e da saúde, o desafio central está em desenvolver o sujeito, superando a “[...] hegemonia do olhar para dentro e de longe”, buscando aproximar-se mais da compreensão do real, principalmente quando os pacientes/usuários são de meia-idade, pois tais reflexões estão corporalmente imbricadas com a realidade de estar no mundo, buscando por práticas que previnam doenças ou que permita tratá-las de modo paliativo. A autora lembra que a ação da educação física na saúde surgiu há tempos – focada no constructo exercício físico, trazendo consigo concepções que buscavam ‘adestrar e disciplinar’ corpos.

O conteúdo dos exercícios físicos foi sendo construído a partir de conceitos médicos, vinculado à ideia de saúde atrelada ao corpo biológico, a-histórico e não determinado pelas condições sociais; corpos demarcados pelo lugar que iriam ocupar na esteira da produção, ou seja, adestrados, fortes e disciplinados. Os exercícios eram vistos como remédio para os males necessários à nova ordem que se instaura, o capitalismo. (ANTUNES, 2010, p. 108).

Quanto aos modelos e concepções de saúde desenvolvidos no campo científico, Batistella (2007) afirma que a própria ciência médica, mesmo

desenvolvendo um trabalho estritamente ligado à saúde e à doença, ainda não foi capaz de solidificar, de forma isolada, as definições concretas sobre a saúde e a doença. Ainda assim, não há como contestar os ideais científicos, mesmo que sejam limitados. O que seria possível fazer é “[...] criticar o ponto de vista que nega o limite da construção científica” (CZERESNIA, 2003, p. 43).

Nestes moldes, Czeresnia (2003,) relata que nos próprios conceitos é que são viabilizadas as intervenções operativas, não havendo, portanto, formas alternativas que visem buscar ‘operacionalizar’ os conceitos de saúde e doença. No modelo unicausal a anatomia patológica, a imunologia e a farmacologia possibilitam que os profissionais da área da saúde estruturem novos pensamentos médico/científico, como o autor salienta.

Ao centrar o olhar na patologia para o estudo das lesões do organismo, o discurso da medicina definiu uma opção coerente com o desenvolvimento da biologia [...]. Firmou-se no pensamento médico a hegemonia do orgânico. A racionalidade científica na medicina estruturou a explicação dos fenômenos com base no estudo de mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais. O modelo unicausal de compreensão da doença estava baseado na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença. (CZERESNIA, 1997, p. 61).

No início do século XX a teoria multicausal já afirmava que a doença seria o reflexo de várias causas que ocorriam ao redor do indivíduo. A doença seria resultante de interações de fatores biológicos, nos quais o agente, o hospedeiro e o meio ambiente possuem seus mecanismos de adaptação.

Scliar (2007), clássico autor do campo da saúde, defende que o conceito de saúde envolve a conjuntura política, econômica, cultural e social. Sustenta a ideia de que a saúde não representa o mesmo para todas as pessoas, visto que a percepção depende do local, da época e da classe social na qual o indivíduo está inserido. Além disso, as concepções científicas, filosóficas, religiosas e os valores individuais são relevantes nestes processos. Batistela (2003) discute a necessidade de o meio acadêmico alterar o modelo de atenção à saúde que vem sendo utilizado, pois a transformação da concepção de saúde tem buscado explicações nos valores individuais na sociedade de consumo.

Como se observa, a concepção de saúde e doença está historicamente centrada no modelo biomédico. Para Czeresnia (2003, p. 42), “[...] o discurso médico científico não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer. A saúde não é objeto que se possa delimitar”.

No que se refere aos estudos relacionados ao campo da saúde coletiva e da epidemiologia crítica, destaca-se o autor latino-americano Jaime Breilh, que vem, historicamente, criticando a epidemiologia tradicional e funcionalista. Ele defende o dever do campo científico em reconhecer que a saúde pública convencional desempenha um papel importante na construção da hegemonia por considerar aspectos que valorizam a moral, o bem-estar, a vida e a saúde. Para ele as instituições públicas que são ligadas à saúde devem oferecer contribuições, educação e meios de comunicação que contribuam com a compreensão e com a moral da sociedade, além de mediar programas e propagandas que demonstrem os trabalhos realizados pela saúde pública e por organizações não governamentais.

Neste sentido, o autor supracitado afirma que:

O expediente hegemônico da saúde pública, e especialmente da epidemiologia como construtora de imagens de saúde convenientes ao poder tem crescido e se multiplicado. Um tempo tornando invisíveis os processos estruturais que determinam a saúde, outros levantando dúvidas sobre diagnósticos nas comunidades com suas reclamações e em outras oportunidades, forjando eventos supostamente epidêmicos. (BREILH, 2010, p. 91).

Já para Laurell (1982) há outras formas de demonstrar o caráter processual e social das determinações das doenças. Essas formas visam permitir um maior aprofundamento nas determinações sociais, no que diz respeito ao perfil patológico que afeta os pacientes. Por meio de uma análise coletiva das condições da saúde em diferentes sociedades, em um mesmo momento histórico, o processo saúde-doença normalmente não poderia ser explicado por determinações biológicas, múltiplas ou sociais específicas, mas sim pela capacidade técnica inerente à sociedade em busca de nutrir a população, eliminando certos tipos de doenças.

Para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade. Existindo uma articulação entre o processo social e o processo de saúde e doença, este deve assumir características distintas conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes. (LAURELL, 1982, p. 7).

Laurell (1982) afirma que, dessa forma, pode-se perceber empiricamente o caráter social que está inserido no processo saúde-doença, visto como fenômeno material e objetivo, que se expressa no perfil patológico dos seres humanos,

comprovando que esses processos apresentam diversidades quanto à frequência em que ocorrem as doenças, tornando mais fácil comprová-las.

Lazzarotti Filho, Silva e Mascarenhas (2014), ao fazerem uma explanação sobre as bases científicas operadas no campo da EF na primeira década do século XXI e após a primeira década do século XXI, ajudam a entender porque o modelo biomédico e hegemonicamente se mantém forte no campo da EF. Eles demonstram, em seus trabalhos, os objetos de disputas e demais mudanças ocorridas no campo da educação física.

Nesta perspectiva, os conceitos tratados por Bourdieu (1986) como *habitus*, capital e campo, permitem entender os processos de compreensão do campo acadêmico-científico da educação física. É neste viés que a EF pode ser compreendida a partir de elementos próprios dos seus jogos internos e externos, que diferenciam sua especificidade, pois os agentes inseridos no universo das instituições de saúde. Por conta da necessidade de entrar no jogo apontado Lazzarotti Filho, Silva e Mascarenhas (2014), o campo da EF constrói seus entendimentos sobre o fenômeno da saúde e opera com diferentes concepções. De toda forma, acaba por fortalecer o *modus operandi* centrado no modelo biomédico.

E é partindo dessa premissa que os citados autores pensam a saúde não só como uma condição meramente estática e livre de comorbidades, mas como um extenso processo que visa a busca por otimização, aprendizagem e bem-estar do indivíduo; ou, ao contrário dessas proposições, onde a hereditariedade e os estilos de vida ditam as regras. E complementam defendendo que, ao se expandir o campo da educação física se dinamiza e se diversifica, se é distinto e diverso, incorpora-se o *modus operandi* acadêmico-científico, forjando conceitos através de suportes em diversas matrizes constituídas por fortes diálogos com as ditas 'ciências duras e moles'. "[...] marcando e desmarcando objetos acadêmicos-científicos" merecedores de disposições e atenções, que provém do *habitus* para a disputa dos seus agentes (LAZZAROTTI FILHO; SILVA; MASCARENHAS, 2014).

3.1.1 O Programa Academia da Saúde (PAS)

Quando se verificamos o Programa Academia da Saúde (PAS) aliado ao sentido amplo da saúde, as ações relativas à produção do cuidado e modos de vida saudáveis, são características da Academia da Saúde. O PAS está inserido na

Atenção Básica e se articula com a equipe multidisciplinar do território em que está instalado e com o NAFS (BRASIL, 2015).

Os eixos previstos na Portaria n. 2.681/2013, que orientam a organização e o desenvolvimento das ações e serviços do PAS, são:

Práticas corporais e atividades físicas; Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; Promoção da alimentação saudável; Práticas integrativas e complementares; Práticas artísticas e culturais; Educação em saúde; Planejamento e gestão; Mobilização da comunidade. (FREITAS, 2018).

Por ser um componente da Atenção Básica e que tem atuação direta com a formação complementar da população, o PAS é de suma importância para articular a participação e contribuir com a resolubilidade do funcionamento do SUS. Para que isso aconteça, o planejamento do polo deve contemplar, além da preocupação com as práticas corporais e as atividades físicas, ações que permeiem o desenvolvimento de autonomia, de equidade e de empoderamento, proporcionando melhores modos de vida à população (BRASIL, 2015).

Os princípios do PAS, alicerçados nos princípios do SUS, fortalecem a perspectiva de participação popular, visando a construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde, além do fator da Intersetorialidade, que amplia a capacidade de construção e desenvolvimento das ações interdisciplinares, que possuem, em seu eixo, papel significativo na produção do conhecimento e do cuidado. A integralidade é uma forma de privilegiar o cuidado e a universalidade, que garante o diálogo e troca entre gerações; além da territorialidade, que estimula o reconhecimento do espaço como local de produção da saúde (BRASIL, 2011).

As atividades do PAS, como um estabelecimento de saúde da Atenção Básica, aumentam as potencialidades relacionadas à construção de vínculos com os usuários, justamente por propiciar o encontro, a criação, o compartilhamento de objetivos coletivos, a ludicidade, entre outros; o que muitas vezes pode não ser possível na prática clínica (FREITAS, 2018).

Quanto ao NASF e a Academia da Saúde, pode-se dizer que os dois atuam em equipe, um complementando o outro. Sá *et al.* (2016) consideram que a interação entre o monitoramento do PAS e os NASF é de extrema importância, uma vez que essa ferramenta de gestão permite, aos sujeitos envolvidos no processo, identificar suas fragilidades e também suas potencialidades, intermediando tomadas de

decisões em diferentes níveis. E é neste sentido que se pode dizer que trabalham em equipe.

De acordo com Figueiredo (2012), nos processos de trabalho nas academias da saúde são utilizadas variadas ferramentas, entre elas o apoio matricial e as práticas corporais diversas, visto que as academias de saúde são locais de estrutura fixa e própria, que utilizam equipamentos e profissionais inseridos que atuam em diversas atividades interdisciplinares. Tais profissionais lançam mão do trabalho da clínica para oferecer um tratamento mais adequado aos usuários do SUS e das ações realizadas dentro dos PAS.

3.2 EDUCAÇÃO FÍSICA E SUAS APROXIMAÇÕES COM A SAÚDE PÚBLICA E COLETIVA

Muitas pessoas, ao ler sobre a saúde pública e a saúde coletiva, as veem como sinônimas, muito embora elas não sejam. Assim, busca-se, nesses dois próximos tópicos, esclarecer um pouco sobre as principais diferenças existentes entre elas, de modo que possa ficar claro o que cada uma representa.

Já de antemão é importante frisar que, no âmbito da saúde pública, as mudanças podem ser percebidas de forma gradual, lenta e, muitas vezes, localizada, a depender das possibilidades advindas do Estado. Já na saúde coletiva as mudanças acontecem de forma mais brusca e radical, visto que há uma intensa demanda comunitária e, conseqüentemente, resultante disso, tem-se um pouco mais de urgência. São, de certa forma, embates que ocorrem entre a sociedade e o Estado.

3.2.1 Saúde pública

Por volta do ano de 1920 um professor universitário chamado Winslow, da Universidade de Yale, em Conecticut (EUA), criou uma definição para saúde pública, expondo-a da seguinte forma:

[...] a ciência é a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que

assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde. (SOUZA, 2014, p. 14).

Este conceito de saúde pública está baseado na definição das funções essenciais da vida, com uma visão centrada na perspectiva medicamentosa e tendo essa ciência como um caminho para alcançar a saúde e a longevidade. Ou seja, propondo novos métodos de avaliar e novas maneiras de diagnosticar e tratar o ser humano, levando, a essa 'clientela', a possibilidade de viver mais e melhor.

Assim, com base no conceito e no debate realizado anteriormente, buscou-se as concepções que a organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) traz ao elencar 11 funções essenciais de saúde pública. São elas:

1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde; 2) Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; 3) Promoção da saúde; 4) Participação social em saúde; 5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; 6) Capacidade de regulação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; 7) Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários; 8) Administração, desenvolvimento e formação de recursos humanos em saúde; 9) Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde; 10) Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde; 11) Condução da mudança do modelo de atenção à saúde. (SOUZA, 2014, p. 16).

Após analisar esta listagem se percebe, entre os itens, que a grande maioria traz uma visão fragmentada da saúde, tendo como objeto central a doença. Assim, fica nítido que a principal função dessa listagem é identificar onde a doença está e como poderá ser tratada. Em outras palavras, a lista mostra uma busca pelo tratamento das doenças, focando nas pessoas já adoecidas, em vez de indicar que se volte o olhar, de forma mais concentrada, para a prevenção e o cuidado com as pessoas saudáveis, ou pelo menos sem algum diagnóstico.

Outro ponto que se nota é que, a partir do conceito apresentado pelo prof. Winslow e dos itens da lista da OPAS, a perspectiva está centralizada na visão hospitalocêntrica e médico-centrada, onde se vê a indicação de um tratamento mais focado nas perspectivas médicas e com tratamentos ambulatoriais, realizados nos Centros de Especialidades Médicas, ou seja, trabalhado sem observar uma equipe multiprofissional.

3.2.2 Saúde coletiva

A saúde coletiva faz parte de um outro referencial, que é mais próximo das ciências sociais e humanas e que considera o processo saúde-doença como uma produção social, inserido nas condições de vida e trabalho dos sujeitos. De acordo com Sousa *et al.* (2021), foi na década de 1980 que emergiu a ideia da saúde coletiva, com fatores conjunturais e estruturais que, associados, marcam o 'repensar' da saúde, em uma visão mais ampliada.

Na visão de Ferreira e Sampaio (2013), a saúde precisa ser tratada de forma a observar o campo da saúde coletiva e das políticas públicas, sempre considerando os aspectos ligados à saúde e à cidadania. Para os autores a visão estritamente biologicista não considera o processo de humanização e do cuidado com os sujeitos da forma necessária. Segundo eles,

Essa é a abordagem que mais se aproxima dos ideais da saúde coletiva, por tratar e considerar fatores externos, e não somente a prática de exercícios como indicadores de saúde, entretanto, deixa de incluir características extremamente importantes no campo da própria saúde coletiva, como a humanização, o cuidado consigo e com o outro, o vínculo e o diálogo. (FERREIRA; SAMPAIO, 2013).

O surgimento do campo da saúde coletiva, no Brasil e na América Latina, perpassou por alguns momentos relevantes. No ano de 1978 foi realizado o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, seguida de um segundo momento, onde ocorreu a Reunião Sub-Regional de Saúde Pública da Organização Pan Americana da Saúde, realizada na cidade de Ribeirão Preto (SP). Em 1979 houve a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), criada com o intuito de apoiar a articulação entre o ensino e os centros de treinamento, para fortalecimento mútuo e ampliação do diálogo com a comunidade técnico-científica, organizações governamentais e não-governamentais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA, 1982).

Paim e Almeida Filho (1998) delineiam a saúde coletiva a partir de três pontos específicos: a saúde enquanto estado vital; as ações de saúde e o objeto da saúde coletiva. O primeiro está relacionado com o campo do saber, aliado à uma historicidade que se articula com a sociedade através das instâncias político-ideológicas e econômicas. Já a segunda se refere a ações de recuperação,

reabilitação, promoção e proteção em saúde por meio de práticas sociais que devem trazer consigo as influências sociais. Por fim, o último ponto de discussão se refere aos limites do social e do biológico, que compreendem os determinantes da produção social e das doenças através da organização dos serviços de saúde e das práticas aliadas aos mesmos.

Diante dessas definições, pergunta-se por que a educação física se preocupou com a dimensão pública dos serviços de saúde apenas depois de 20 anos do desencadeamento do movimento da criação do campo da saúde coletiva? Ribeiro (1991) pode ajudar a entender esta importante questão. Para ele a saúde coletiva, compreendida como um campo científico em que ocorrem a produção de conhecimentos e saberes acerca da 'saúde', é local fértil em que operam disciplinas, práticas, organizações e ações.

Sabe-se que a inserção do PEF na saúde pública e no NASF vem sendo intensificada desde os anos 2000, portanto, após o processo de consolidação do campo da saúde coletiva. Carvalho (2005), visando debater a necessidade das aproximações entre a EF e outros campos das ciências humanas e sociais, especialmente com o da saúde coletiva, questiona se a complexidade da saúde não exigiria estudos, análises e intervenções não apenas das Ciências Biológicas e a partir de modelos baseados na neutralidade científica. Indica a necessidade de a área assumir a saúde coletiva como um campo importante para se pensar, sentir e agir, buscando, de fato, um olhar humano e social para o processo saúde-doença.

Como apresentado, historicamente o campo científico da educação física se apropria de diferentes concepções de saúde. Mas que vem questionando, em um viés contra-hegemônico ainda tímido, as matrizes biomédicas e apoiando-se nos princípios teórico-metodológicos do campo da saúde coletiva. As contradições da EF, ao se aproximar dos campos da saúde coletiva, podem ser mais bem explicadas se se considerar a definição proposta por Paim e Almeida (1998) ainda na década de 1990.

Nessa perspectiva, a saúde coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde. Este contempla o desenvolvimento de atividades de investigação sobre o estado sanitário da população, a natureza das políticas de saúde, a relação entre os processos de trabalho e doenças e agravos, bem como as intervenções de grupos e classes sociais sobre a questão sanitária. São disciplinas complementares desse campo a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras. Esta área do saber fundamenta um âmbito de práticas transdisciplinar,

multiprofissional, interinstitucional e transetorial. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 310).

Dentro da grande área que aborda a saúde, é missão da própria área da saúde coletiva se impor, propondo novas formas de pensar a formação e a inserção dos profissionais que virão, entre eles o PEF, através de uma educação permanente em saúde que possibilite, a todo conjunto de áreas que engloba as Ciências da Saúde e as demais áreas, já que se trata de trabalho multiprofissional.

Ao se discorrer sobre um objeto já constituído, como a educação física na saúde, não se pode abandonar os contextos políticos no qual este objeto se insere. Quando se discorre sobre saúde, a compreensão das tramas sociais que fazem parte do processo é essencial. Não se pode conceber como determinante biológico ou como razão única somente as análises que envolvem o processo saúde-doença, mas sim o 'adoecer humano', que precisa ser investigado e tratado. É evidente que a educação física é uma ferramenta que auxilia esse processo, não de forma separada, mas em conjunto com outros profissionais (PALMA, 2001).

Wachs, Almeida e Brandão (2016) ainda ressaltam as contradições nas diferentes intervenções e concepções que buscam aprofundar uma discussão que aborde a inserção dos profissionais de educação física na saúde, partindo do princípio das designações que delimitam o que eles devem fazer, de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Para Dessbesell e Caballero (2016) um ponto relevante que merece ser destacado é o fato de se poder compreender a transformação que ocorreu para os profissionais de educação física dentro da saúde a partir do ano de 2006, momento em que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 687, aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Desde então as ações vêm sendo priorizadas e têm dialogado com incentivos que buscam promover a saúde em sua totalidade, estimulando não só o exercício físico, mas também ambientes saudáveis, saneamento, alimentação saudável e várias alternativas que, em conjunto, revelam a verdadeira saúde coletiva.

Assim, a saúde coletiva, neste trabalho, pode ser entendida como um estudo que busca compreender aspectos culturais, econômicos, históricos, sociais e de saúde, pois há a necessidade de compreender o indivíduo de forma integral e não só sua parte biológica e suas funções orgânicas. Tais apontamentos são fundamentais para que se consolide a compreensão de saúde coletiva. Diante desse debate,

questiona-se: Como está a produção de conhecimento da EF ao se aproximar do campo da saúde pública e, sobretudo, da saúde coletiva?

3.3 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE: O EXEMPLO DAS CARACTERÍSTICAS DAS PESQUISAS NO GTT SAÚDE DO CBCE

Como visto anteriormente, a publicação do livro de Yara Maria de Carvalho, intitulado como 'O mito da atividade física e saúde', em 1995, foi um marco nas discussões acerca das produções científicas contra-hegemônicas da relação educação física e saúde. Nesta obra a autora demonstra os espaços alcançados pela educação física no mundo das publicações científicas, exaltando seu esforço intelectual e a análise rigorosa utilizada, principalmente no que diz respeito às ações daqueles que esperam por uma melhora fundamental e necessária na educação física.

Carvalho (1995, p. 19) anuncia temáticas que buscam fundamentar projetos institucionais para a educação física no Brasil. A autora critica a dicotomia corpo e mente determinada pelo modelo cartesiano da ciência positivista. Analisa os contextos históricos que pré-anunciam ideias direcionadas à educação física ligada à saúde, porém, faz questão de dar ênfase, em suas referências, aos equívocos institucionais que vislumbram os interesses médicos, já que a educação física busca romper com essa visão.

Várias interfaces contribuíram para o processo de amadurecimento e de consolidação acadêmica e científica no campo da Educação Física. Um desses colaboradores foi o Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), criado em 1978, que, dentre outras ações, deu abertura para o surgimento dos Grupos Temáticos (GTTs) em 1996, visando levar toda a comunidade científica para dentro do CBCE, independente da matriz científica ou filosófica e do método de analisar a realidade.

Antunes *et al.* (2020) apontam que o CBCE, década de 1970, congregava pesquisadores da área da educação física e das ciências do esporte, constituindo-se como uma entidade reconhecida pelo seu posicionamento político-acadêmico contra-hegemônico. Assinalam ainda que houve muitas mudanças nos seus 40 anos de existência. Enfatizam também que o Grupo de Trabalho Temático 1 - Atividade Física

e Saúde (GTT 1), apresenta avanços significativos na publicação de trabalhos com as temáticas: atenção primária à saúde, educação física e saúde mental e nas práticas integrativas, as quais ocorrem nos NASF e em hospitais, entre outros, pois o que se buscava era uma mudança de enfoque.

Para Antunes *et al.* (2020, p. 87) após 40 anos o CBCE mostrou e justificou a importância de se modificar os “[...] quadros atuais das pesquisas que assumem os processos de autocrítica dos resultados, das condições e das orientações de suas próprias produções”.

Visando contribuir com a análise de publicações nos anais do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE, Antunes *et al.* (2020) apresentam uma análise dos estudos publicados nesta GTT. Apontando aspectos teórico-metodológicos em um panorama geral dos estudos que abordam as produções científicas publicadas em todos os congressos realizados pelo CBCE, analisam especialmente as aproximações e os distanciamentos do campo da EF com o da saúde pública e saúde coletiva.

Indicam que, mesmo considerando o desenvolvimento e a ampliação do campo científico e buscando enfoques diferenciados no que diz respeito às dimensões pedagógicas, sociológicas, políticas e filosóficas para os fenômenos relacionados à educação física com a saúde, a centralidade das produções científicas são pautadas ainda com mais ênfase no viés biologicista (ANTUNES *et al.*, 2020). No início dos anos 2000, Neve já havia denunciado essa centralidade hegemônica da produção do GTT.

No entanto, os achados de Antunes *et al.* (2020) demonstram aumento, nas produções, do interesse pelo trabalho da EF na saúde pública, corroborando a ideia de que tem sido cada vez mais elevada, no meio acadêmico científico, essa busca e aproximação. Isso ocorre também em virtude do papel destacado pelas práticas corporais e atividades físicas em políticas públicas e marcos legais do Ministério da Saúde, inclusive quanto à criação dos NASF, visando mudanças na atenção à saúde dos usuários do SUS.

Os programas da PNPS, os NASF, do Saúde na Escola (PSE) e o PAS, além de outros, emergiram para consolidar o papel do SUS como um campo de atuação para os profissionais de educação física. Observa-se que as mudanças ocorridas no cenário do SUS alavancaram o desenvolvimento acadêmico no campo da educação física, com concepções de saúde que fundamentaram as discussões na área da EF, de modo que se voltavam para uma visão biofisiológica. Muito embora esse

entendimento ainda seja hegemônico, o modelo renovador fez com que surgissem novos modos de olhar a educação física na saúde, levando a um aumento significativo da busca por este profissional em experiências com o SUS (ANTUNES *et al.*, 2020).

Neves (2015) afirma que conceitos e princípios diversificados estão sendo bastante discutidos no campo da saúde pública, interferindo de modo significativo na organização dos trabalhadores do SUS, usando da interdisciplinaridade, da multidisciplinaridade e da transdisciplinaridade e partindo de modelos com olhares mais voltados para o social e humano na saúde. Para sua tese o citado autor fez uma busca de artigos que abordam a educação física e a saúde pública no período que vai do ano de 2000 ao ano de 2012.

Uma das percepções de Neves (2015) foi a de que, no período analisado, ainda era pequena a inserção do PEF no campo da saúde pública, bem como de publicações científicas nesta área que visem reforçar a dimensão da educação física e sua relação com a saúde, com o olhar voltado para o trabalho desse profissional dentro do SUS. De acordo com o autor, o que falta são políticas públicas que suscitem avanços de inclusão do profissional de educação física no SUS.

Diante dos aportes teóricos e conceituais apresentados, segue-se para a parte metodológica, na qual se apresenta os detalhes do delineamento deste relatório de pesquisa.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa, do tipo bibliográfica, é caracterizada como revisão integrativa da literatura, de natureza descritiva e qualitativa (MINAYO, 2007), incluindo artigos científicos encontrados nas bases de dados da Scielo, Lilacs e BVS que relacionam a Educação Física e o NASF. De acordo com Mendonça e Albuquerque (2008), a pesquisa de cunho bibliográfico é aquela desenvolvida em materiais já disponíveis em livros, artigos científicos, enciclopédias, revistas e outros, e posteriormente elaborados a partir desses aparatos de apoio.

Já Fonseca (2002, p. 31) define a pesquisa bibliográfica como sendo parte de referências teóricas que foram outrora publicadas e examinadas, observando dados prévios sobre o problema ao qual se busca responder. O intuito, com a pesquisa ora apresentada, foi identificar as produções científicas mais recentes (2010 a 2021) que relacionam educação física e NASF.

A sequência metodológica foi organizada da seguinte maneira: a) levantamento bibliográfico da produção do conhecimento científico relacionado à temática de interesse, conforme as palavras-chave previamente definidas: educação física, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, NASF, atividade física e práticas corporais, as quais foram combinadas entre si utilizando o operador booleano AND; b) exploração do material; c) análise do conteúdo da produção científica.

Iniciou-se as atividades de levantamento da bibliografia considerando a definição da pergunta norteadora e do objetivo que constam na introdução. Foram feitas buscas nas bases de dados Scielo, Lilacs e BVS devido às mesmas serem reconhecidas pelo campo acadêmico e científico em geral. Foram selecionados artigos publicados entre os anos de 2010 e 2021.

Optou-se por fazer o levantamento dentro do período de 11 anos para que se pudesse obter dados robustos e porque a política do NASF foi publicada em 2008, no entanto, sua estruturação nos municípios se deu a partir de 2009. A coleta de dados nas bases de dados foi de junho de 2019 até março de 2020. Foram localizados 1.525 artigos, sendo que 656 foram encontrados na BVS, 19 na Scielo e 850 na Lilacs.

Para sistematizar a seleção dos artigos foi utilizada uma planilha construída no programa Microsoft Office Excel 2013. Realizou-se a leitura dos títulos e resumos de todos os artigos, em seguida a planilha foi preenchida com o ano, tipo de estudo, e

metodologia utilizada. Posteriormente fez-se uma análise dos artigos a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

Na leitura inicial dos títulos e resumos dos artigos foram usados os seguintes critérios de inclusão: que os descritores utilizados nessa pesquisa deveriam estar disponíveis na íntegra, *online* e relacionados ao tema 'educação física no NASF'. Também se deu ênfase a trabalhos que estejam em língua portuguesa e inglesa. Na base de dados BVS, dos 656 artigos localizados, excluindo os repetidos em outras bases de dados, restou 31 artigos. Na plataforma da Scielo foram encontrados 19 artigos, dos quais, após o processo de exclusão, restaram nove; na Lilacs foram encontrados 850 artigos e, após as exclusões, restaram 20.

Assim, restaram 60 artigos pré-selecionados, os quais foram lidos na íntegra, sendo que, após a leitura, foram excluídos mais 44 artigos que não trabalham diretamente com a temática educação física no NASF. Ao final restaram 16 artigos para análise.

4.1 PROCESSO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Dentre os artigos pesquisados, 11 foram caracterizados como pesquisas de campo e cinco como trabalhos teóricos. O fluxograma disposto na Figura 9 traz o detalhamento de todo o processo de exclusão dos artigos que foram descartados.

Na análise dos dados utilizou-se procedimentos da análise de conteúdo (BARDIN, 1977; CAMPOS, 2004), que, segundo Campos (2004, p. 616), configura-se como “[...] um conjunto de técnicas que busca a percepção dos sentidos de um documento”. Assim, após a coleta de dados e seleção dos artigos, foi realizada a leitura flutuante e exaustiva do material (BARDIN, 2011).

Minayo (2007) afirma que, em estudos qualitativos com análises do conteúdo, fazer a leitura flutuante e, em seguida, a exaustiva, permite conhecer o conteúdo e descobrir sentidos que componham uma comunicação cuja frequência ou presença tenham significado para o objetivo da investigação.

Figura 9 - Fluxograma do processo de exclusão dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2021).

Os artigos foram inicialmente incluídos em uma planilha do *software* Microsoft Excel® (pacote Microsoft Office® versão 2013, desenvolvido pela Microsoft®). Outras planilhas foram construídas a fim de auxiliar na tabulação das informações, como título, artigo, ano de publicação, tipos de estudos, abordagem, instrumentos de coleta de dados, técnicas de análise de dados, objetivos e os principais resultados.

Na fase da análise dos dados definiu-se duas categorias: 'núcleo profissional da educação física' e 'campo', após leitura do material, como indica Bardin (2011). Estas categorias também articuladas com as dimensões conceituais do trabalho clínico-assistencial e/ou técnico-pedagógico.

Para a apresentação das análises, iniciou-se com a análise técnica e metodológica dos trabalhos investigados e, por meio de um quadro, sistematizou-se a quantidade de artigos por tipo de estudo e ano de publicação e classificados em pesquisas de campo e pesquisas empíricas. Posteriormente, seguiu-se para o quantitativo de revistas onde há publicações sobre o tema proposto nesta dissertação.

Mais adiante apresenta-se os tipos de métodos, instrumentos de coletas de dados e técnicas de análises de dados que foram utilizados nesta análise.

Em seguida, partiu-se para uma análise mais aprofundada dos dados a partir dos temas e categorias de análise especificadas. Seguindo este viés, os conteúdos dos artigos foram analisadas a partir da categoria 'núcleo profissional da educação física', os quais foram separados para melhor visualização pelos temas: 'formação do profissional de educação física para atuar nos NASF', 'práticas realizadas pelo profissional de educação física nos NASF', 'estruturas necessárias para a realização das atividades dos profissionais de educação física nos NASF' e 'sujeitos praticantes das atividades realizadas pelos profissionais de educação física nos NASF'.

Na sequência fez-se a análise com a categoria 'campo' a partir dos temas: 'trabalho interdisciplinar', 'apoio matricial no campo', 'clínica ampliada no campo' e 'Projeto Terapêutico Singular (PTS) ou PT Coletivo no campo'. No tratamento e interpretação dos resultados obtidos buscou-se compreender o significado das informações obtidas nos artigos, observando a presença ou frequência de núcleos de sentido das comunicações contidas nos artigos em unidades de contextos e de significados, conforme orienta Minayo (2006).

A categoria 'núcleo profissional da educação física' foi definida de acordo com o que expõe Campos (2000, p. 220), que compreende “[...] núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso”. Ou seja, para o autor, o núcleo marca a identidade da área do saber e da prática profissional que será realizada em um determinado campo.

O autor segue dizendo que o núcleo indica a junção de práticas e saberes realizados por determinadas categorias profissionais. Reflete ainda sobre o núcleo de forma metafórica, afirmando que são semelhantes a “[...] círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto” (CAMPOS, 2000, p. 222). No excerto a seguir tem-se detalhes desse debate que envolve a essência do trabalho em saúde.

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de uma prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas [...] campo intelectual se conformaria como espaço aberto [...] um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo [...]. (CAMPOS, 2000, p. 220-221).

Gastão *et al.* (2014) apontam a possibilidade de compreensão acerca do apoio matricial, entendido como a centralidade do trabalho nos NASF, nesse contexto de núcleo, atestando que ele atua na lógica complementar das experiências e dos saberes especializados, os que buscam por um campo multidisciplinar dentro da saúde coletiva representada por todas as ESF.

Neste mesmo viés, qualificam a inserção dos profissionais na atenção básica de forma que se possa criar uma rede de conhecimentos que complementem as ações e as expectativas das ESF, partindo do pressuposto de multidisciplinaridade, integralidade e interprofissionalidade com o cuidado compartilhado, promovendo, assim, uma corresponsabilização e uma cogestão com a clínica ampliada (GASTÃO *et al.*, 2014).

Para Campos (2000, p. 220) o conceito de campo é definido como sendo “[...] um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”. Compreende-se o campo da saúde como um espaço onde se encontram os agentes e as instituições de saúde que produzem e difundem ciência e novos saberes enquanto estabelecem concorrências nas quais se tem em jogo o monopólio pela autoridade científica e o acúmulo de capital científico referenciados no apoio matricial, na clínica ampliada, no PTS, entre outros princípios que estruturam o trabalho no NASF dentro dos marcos legais.

Para Campos (2000), o campo demarcaria

[...] a identidade de uma área de saber e de uma prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas [...] campo intelectual se conformaria como espaço aberto [...] um núcleo, ao contrário, indicaria uma aglutinação, uma determinada concentração de saberes e de práticas, sem, contudo, indicar um rompimento radical com a dinâmica do campo [...]. (CAMPOS, 2000, p. 220-221).

Referindo-se especificamente ao campo da saúde, Moreira e Dias (2015) afirmam que:

O termo “campo da saúde” refere-se a um local de ação, de lutas, práticas, produção e construção de saberes e do exercício de poder. No que concerne à expressão “área da saúde”, trata da divisão técnica e administrativa que estão presentes nas instituições, instrumentos, documentos oficiais e nos processos de classificação, certificação e avaliação. (MOREIRA; DIAS, 2015, p. 2).

Sobre saúde coletiva, Paim e Almeida Filho (2000) esclarecem que essa se caracteriza como um:

Campo de conhecimento e âmbito próprio de práticas: “A Saúde Coletiva pode ser considerada como um campo de conhecimento de natureza interdisciplinar cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde”. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 63).

Após a exposição dos procedimentos metodológicos apresenta-se os resultados e discussões quanto à produção científica selecionada e investigada. As análises foram feitas a partir da exposição dos resultados contidas nos artigos selecionados para esta dissertação. Inicialmente expõe-se as características técnicas e metodológicas dos artigos. Logo em seguida traz-se a análise aprofundada dos dados a partir dos temas e categorias selecionados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA INVESTIGADA

5.1. ANÁLISE TÉCNICA E METODOLÓGICA DOS TRABALHOS INVESTIGADOS

No Quadro 1 está demonstrada a quantidade de artigos bibliográficos e empíricos selecionados para o estudo por ano de publicação. Nos anos de 2013, 2015 e 2016 há uma quantidade mais significativa de produções. Não foram encontrados estudos nos anos de 2020 e 2021. Quanto a isso pode-se inferir que, talvez, as reestruturações do financiamento para os municípios tenham desencadeado um processo de desmonte dos NASF nos municípios e, também, contribuído para a redução das publicações acerca desse tema.

Quadro 1 - Quantidade de artigos por tipo de estudo e ano de publicação: pesquisas bibliográficas e pesquisas empíricas

ANO	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Pesquisas empíricas	1	1	1	1	3	2	1	1	11
Pesquisas bibliográficas	-	1	2	-	1	1	-	-	5
Total	1	2	3	1	4	3	1	1	16

Fonte: Elaboração própria (2021).

Em que pese haver um número maior de estudos empíricos (11), foram localizados cinco estudos bibliográficos e optou-se por manter a análise também desses estudos, pois Freitas e Bufrem (2012, p. 23) indicam que estudos teóricos/bibliográficos são importantes ao campo científico, porque dão “[...] suporte teórico, estrutural, técnico e epistemológico à apreensão, análise, compreensão e/ou explicação de objetos suscetíveis à investigação” e, também, por auxiliar o pesquisador a definir melhor o tema e sua possível contribuição crítica para o desenvolvimento do campo científico.

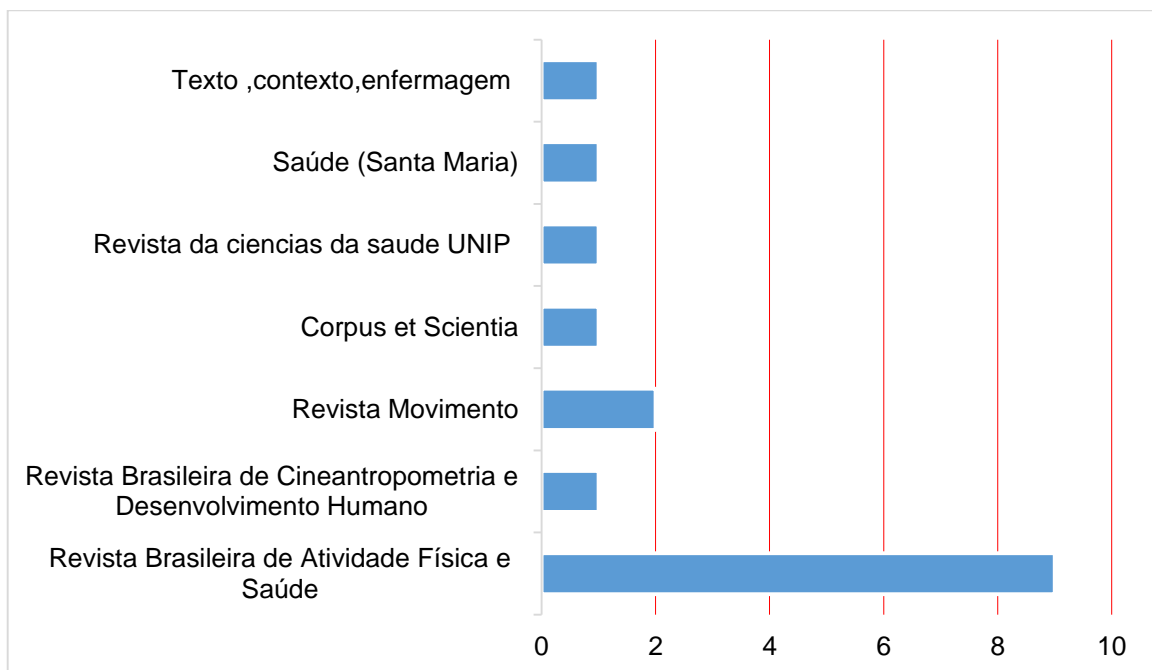
Quanto às pesquisas empíricas/de campo, Demo (2000) afirma que esse tipo de pesquisa não pode ser um fato isolado, espacial ou intermitente, mas sim uma atitude processual que investigue os limites do desconhecido que a sociedade e a natureza impõem através das pesquisas de campo, que se configuram como instrumentos essenciais para a emancipação da pesquisa em um âmbito geral.

Ressalta-se, como ponto positivo, que os pesquisadores têm ido a campo para investigar os saberes e fazeres intrínsecos ao trabalho nos NASF, contribuindo para desvelar a realidade desse importante serviço de saúde.

Analisando os artigos, pôde-se perceber a existência de diversos temas relacionados à temática 'educação física e NASF'. Delineou-se, para a análise, os temas: 'formação do profissional de educação física para o trabalho na saúde', 'o fazer da educação física, as estruturas para o trabalho da educação física' e 'sujeitos e patologia do público atendido pelo profissional de educação física dentro dos NASF'.

Ao analisar em quais revistas científicas os artigos foram publicados, fica visível a opção, dos autores, pela Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde (RBAFS), e percebe-se um aumento no número de artigos a partir do ano de 2007 (GRÁFICO 1).

Gráfico 1 - Revistas de publicação dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2021).

A história e o desenvolvimento dessa revista científica demarcam um viés epistemológico tradicional e centrado em produções hegemônicas considerando a abordagem biomédica da relação entre atividade física e saúde. No entanto, mesmo com esse viés epistemológico, tem recebido artigos e publicado quantidade significativa de estudos com a temática NASF que, como visto nos marcos legais

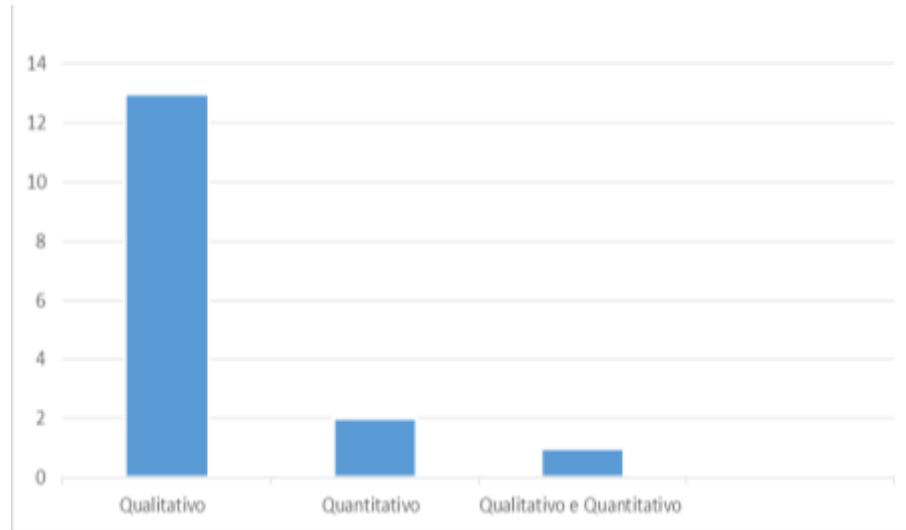
desse dispositivo, apontam para um trabalho voltado para outra concepção de saúde, mais ampliada, interprofissional e multidimensional.

De acordo com Borges *et al.* (2013), a RBAFS foi fundada em 1995 a partir da associação de professores de educação física de Londrina, em particular pelos docentes da Universidade Estadual de Londrina (UEL), coordenados pelo professor Abdallah Achour Junior. Este professor realizou seu doutorado em Biodinâmica do Movimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP) no ano de 2006 e, desde então, tem estudado temas relacionados à flexibilidade, alongamento, atividades físicas e pedagogia do esporte.

Percebe-se que a revista iniciou com perspectiva biomédica e abordagem da saúde renovada da educação física. Em 2007 houve uma mudança drástica na composição de sua direção. Passou a ser coordenada pelos professores Pedro Curi Hallal, da Universidade Federal de Pelotas (Editor-chefe), Alex Antônio Florindo, da USP (Editor Associado), Mauro Virgílio Gomes de Barros, da Universidade de Pernambuco (Editor Associado), Sandra Marcela Mahecha Matsudo, do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Editora Associada) e Thiago Terra Borges (Editor Assistente), da Universidade Federal de Pelotas — o qual se tornou editor-chefe da revista. Ao analisar os currículos Lattes desses professores, verifica-se igualmente a predominância de estudos hegemonicamente voltados para a área biomédica da educação física e do movimento humano (HALLAL *et al.*, 2007).

Mediante a mudança, a revista redefiniu seu escopo, privilegiando publicações que contribuam para desenvolvimento e legitimação da área da epidemiologia tradicional no tema atividade física e saúde, aumentando o número de submissões das mesmas (BORGES *et al.*, 2013). Contraditoriamente ao escopo da revista, no Gráfico 2, onde constam as abordagens assumidas pelos autores dos artigos, vê-se que a maioria optou por abordagens qualitativas (13).

Gráfico 2 - Tipos de métodos



Fonte: Elaboração própria (2021).

De acordo com Minayo (1993), o trabalho qualitativo segue sempre duas direções: em uma elabora-se métodos e teorias, estabelece-se resultados e aponta-se estatísticas; em outra, abandona-se vias, ratifica-se caminhos, inventa-se ou até toma-se direções mais privilegiadas, principalmente quando estas estão relacionadas à saúde, compartilhando a ideia do ‘devir’ e o conceito de cientificidade. Por trabalhar avaliando níveis de intensidade nas relações sociais, esse tipo de abordagem só pode ser empregado na compreensão específica de fenômenos delimitáveis e isso ocorre devido ao seu grau de complexidade interna.

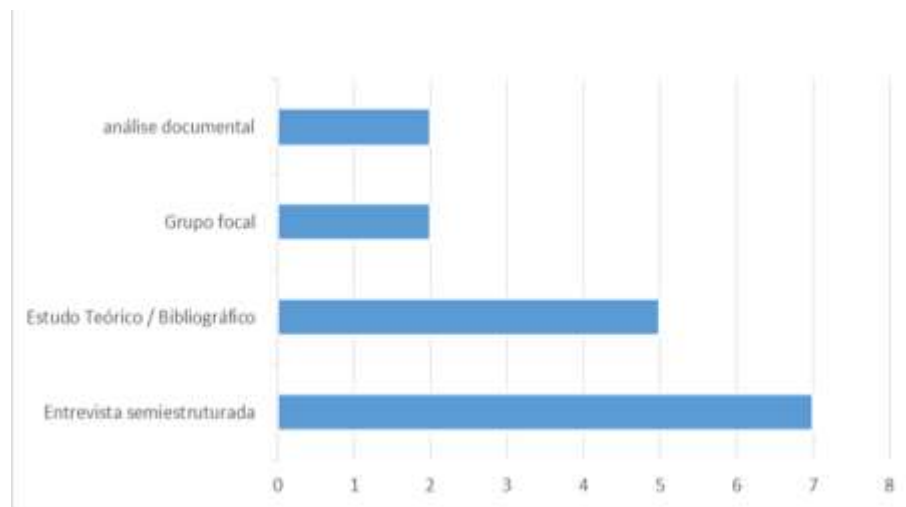
Percebe-se a quantidade exígua de pesquisas quantitativas/qualitativas. Indica-se e defende-se a necessidade de ampliar esse tipo de abordagem, especialmente pela complementaridade de ambas para um olhar mais satisfatório e complexo para o trabalho nos NASF. Considerando as questões complexas da saúde e da vida em geral, Minayo (1993) acredita ser importante que os trabalhos na área da saúde privilegiem ambas as abordagens para se alcançar uma maior profundidade de análise do objeto investigado socialmente. A autora afirma que:

A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um “continuum”, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo

quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa. (MINAYO, 1993, p. 247).

Observou-se o uso da entrevista semiestruturada nos trabalhos analisados – sete artigos; dos estudos teóricos / bibliográficos – cinco artigos; e, por fim, dos grupos focais e das análises de documentos, sendo que foram encontrados apenas 2 artigos que utilizaram um desses instrumentos de coleta de dados (GRÁFICO 3).

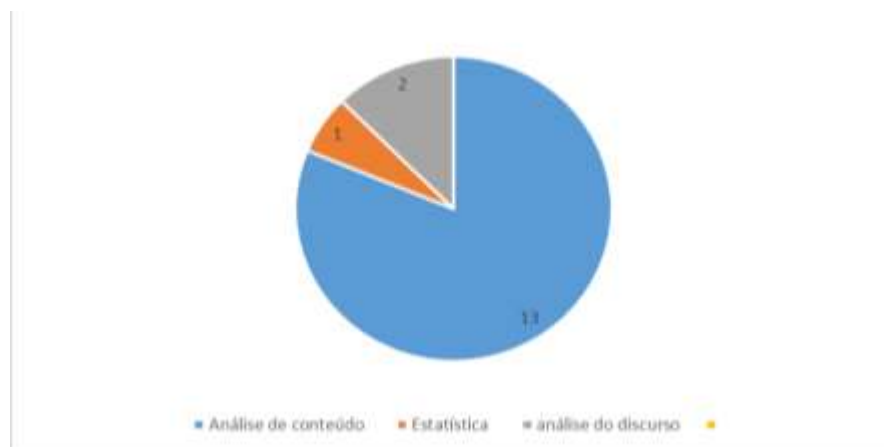
Gráfico 3 - Instrumento de coleta de dados



Fonte: Elaboração própria (2021).

Nas técnicas de análises de dados percebeu-se que a análise de conteúdo foi a mais utilizada – 13 artigos; já a análise do discurso foi encontrada em dois artigos e um apenas autor utilizou a técnica de análise de dados estatística.

Gráfico 4 - Técnica de análise de dados



Fonte: Elaboração própria (2021).

5.2 ANÁLISE APROFUNDADA DOS DADOS A PARTIR DOS TEMAS E CATEGORIAS

Após uma releitura atenta, profunda e exaustiva dos artigos, estes foram classificados, a partir de seus conteúdos, em duas categorias centrais. No Quadro 2, disposto no Apêndice A por questão de organização, está a numeração dos artigos, o título, os autores, as revistas e o ano em que foram publicados.

Analisando os títulos dos 16 artigos, de forma geral, percebe-se que abordam atividades relacionadas à categoria núcleo profissional (clínico-assistencial). Nos títulos foram encontradas as seguintes palavras-chave: inserção, atuação, trabalho, intervenção e ações. Nestes artigos o 'protagonista' é o profissional de educação física nos NASF. Os trabalhos foram desenvolvidos em diversas regiões do País, tanto nos trabalhos de campo quanto nos trabalhos teóricos.

Dos artigos analisados, dois não possuem relação direta com a categoria 'núcleo profissional da educação física' (clínico-assistencial), ou seja, abordam o campo da saúde (técnico-pedagógico). Possuem como palavras-chave, em seu conteúdo, as seguintes temáticas: trabalho interdisciplinar, apoio matricial, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, entre outros.

A partir da subseção a seguir faz-se uma análise mais aprofundada dos resultados, centrada nos temas e categorias que norteiam este trabalho. Como apontado anteriormente, as duas categorias de análise utilizadas são: 'núcleo profissional da educação física' e 'campo'.

Visando favorecer o estudo dos temas e melhorar a compreensão dos leitores, criou-se uma ementa para cada uma delas. Nas ementas apresenta-se o significado das categorias e, assim, auxiliam na compreensão e organização da análise de conteúdo e a categorização em unidades de registro contidas nos resultados das análises dos artigos. Essas ementas serviram, ainda, para balizar conceitos e palavras-chave a serem identificadas no conteúdo dos artigos. Os detalhes das mesmas podem ser vistos no Quadro 3.

Quadro 3 - Ementas das categorias de análise

CATEGORIAS	CONCEITOS	EMENTAS DAS CATEGORIAS
NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA	O Núcleo refere-se às especificidades e às atribuições de uma especialidade/profissão, que demarquem a identidade do saber e da prática profissional. O núcleo do saber é composto por conhecimentos específicos que são capazes de determinar a identidade de uma profissão, bem como as atribuições clínicas específicas da enfermagem, educação física, nutrição, psicologia, medicina, entre outras.	A formação dos PEF, tanto inicial como continuada, e a atuação do profissional de educação física nos NASF; Práticas realizadas pelo profissional de educação física; Estrutura e equipamentos necessários para a realização das atividades; sujeitos praticantes das atividades modelo clínico-assistenciais, entre outros.
CAMPO	O campo se refere a um conjunto de saberes e práticas ampliadas, que interagem com as diferentes profissões ou especialidades de uma profissão, mesmo que estas contenham limites imprecisos de atuação. O campo do saber representa, então, um espaço de conhecimentos comuns a todas as profissões, as quais sobressaem às especialidades de cada categoria.	Trabalhos interdisciplinares; multidisciplinares, transdisciplinares, gestão, horizontes das profissões, apoio matricial; clínica ampliada e projeto terapêutico singular e coletivo, técnico-pedagógico, casos complexos, necessidades de saúde, necessidades da população, entre outros.

Fonte: Elaboração própria (2021).

Importante frisar que estas duas categorias não devem ser vistas como contraditórias, mas sim complementares. Ou seja, o núcleo profissional não vai na contramão do campo, pelo contrário, quando as ações referentes ao núcleo profissional da educação física estão bem definidas e com suas atividades bem elaboradas, fazem com que as ações do campo se aperfeiçoem e tragam melhor resolubilidade para os usuários dos serviços no NASF em seu território.

Sendo assim, as ações realizadas por diferentes núcleos profissionais, entre eles o da EF, juntamente com os demais núcleos profissionais inseridos no NASF, têm, como objetivo central, trazer respostas às necessidades que a população tanto anseia e que são expostas nas legislações do SUS. Ou seja, os núcleos profissionais inseridos no NASF tem, nas suas gênesis, que responder, aos usuários do SUS, a partir de políticas públicas, o que a população precisa. Em outras palavras, os núcleos têm a função de trazer à tona as necessidades dos usuários a partir de políticas criadas com o objetivo de melhorar as condições de vida da população dentro dos territórios onde os NASF estão inseridos.

Os Quadros 4 (disposto no APÊNDICE B) e 5 (disposto na página seguinte) apresentam o objetivo de cada artigo, bem como os principais resultados apontados por seus autores, categorizados em unidades de registro a partir das categorias e divididos em artigos empíricos e artigos teóricos.

Ao ter acesso a esses dados, um dos questionamentos que surgiram foi: Em que medida os artigos publicados centraram seus objetos de pesquisa no núcleo profissional da educação física e na categoria campo que envolve o trabalho interdisciplinar, multiprofissional e se aproximam de referenciais teóricos da saúde coletiva e da epidemiologia crítica? Referenciais estes que podem sustentar um trabalho a partir da realidade do território que evidencia e estrutura as condições de vida e as necessidades de saúde individuais e das coletividades/grupos e, por isso, menos centrado no sujeito em sua dimensão orgânica?

Para fins de organização iniciou-se as análises a partir da categoria 'núcleo profissional da educação física' e, após, apresenta-se a categoria 'campo'. Nos Apêndices C, D, E e F estão os fichamentos das análises de acordo com a categoria e com a especificação se artigo teórico ou empírico.

Quadro 5 - Divisão dos artigos por 'núcleo profissional da educação física' e o 'campo' nos artigos teóricos

ARTIGO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS RELACIONADOS AO 'CAMPO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: NASF'	PRINCIPAIS RESULTADOS RELACIONADOS A 'ATIVIDADE DO NÚCLEO PROFISSIONAL'
12 SCABAR, T. G. PELICIONI, A. F. PELICIONI, M. C. F	Analisar atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde.	Nenhum	A confiança transmitida à comunidade é extremamente necessária, pois o vínculo estabelecido entre a Unidade de Saúde e as famílias possibilita uma maior aderência dos indivíduos ao Programa e sua efetividade, assim como os diferentes olhares dos profissionais integrantes da equipe que geram maior impacto sobre os diversos fatores que interferem no processo saúde-doença (p. 33)
13 SCHUH, L. X. BRAND, C. KRUG, S. B. F. GARCIA, E. L. GAYA, A. R. e ROTH, M. A.	Refletir sobre a importância de equipes multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família, com enfoque na importância do profissional de Educação Física.	Nenhum	Nenhum
14 SEUS, T.; FREITAS, M.; SIQUEIRA, F. V.	Investigar o cenário de publicações sobre o NASFS e a participação do PEF.	Nenhum	Nenhum
15 MARTINEZ, J. F. SILVA, A. M. SILVA, M. S.	Estabelecer um diálogo com outras produções acadêmicas e reflexões que tratam da temática no campo da Educação Física, bem como analisar a presença do profissional de Educação Física nos NASFs brasileiros, com foco no processo de implantação do NASFS na cidade de Goiânia (Brasil).	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" (p. 228)	Nenhum
16 SANTOS, S. F. S. e BENEDETTI, T. R. B.	Caracterizar a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASFS) e analisar a inserção do Profissional de Educação Física, no Brasil.	Nenhum	Nenhum

Fonte: Elaboração própria (2021).

5.3 ANÁLISE DOS DADOS A PARTIR DA CATEGORIA ‘NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA’

Aborda-se as categorias de análises separadamente e, para fins de organização da apresentação dos dados, subdividiu-se as análises a partir das temáticas previamente definidas: formação do profissional de educação física; práticas realizadas pelo profissional de educação física nos NASF; estruturas necessárias para a realização das atividades dos profissionais de educação física nos NASF; sujeitos praticantes das atividades realizadas pelos profissionais de educação física nos NASF.

Apresenta-se os resultados e discussões considerando os [Quadros 4 e 5](#), demonstrando os resultados encontrados e os possíveis diálogos entre os autores a respeito das categorias.

5.3.1 Tema: Formação do profissional de educação física para atuar nos NASF

Em um primeiro momento os dados apontam para uma discussão sobre a necessidade de uma formação inicial, que não seja ‘somente’ vista como continuada, mas sim, permanente e adequada ao PEF, oferecendo condições e cursos sempre atualizados para que esse profissional possa realizar suas práticas com maior resolutividade, considerando as duas categorias de análise ora selecionadas.

Neste momento se faz importante ressaltar as diferenças existentes entre a formação continuada e a formação permanente.

A educação permanente melhora as práticas de forma mais específica e pode ser mais célere. Já a educação continuada constrói um conhecimento mais global e modifica práticas, respeitando as inovações das ciências relacionadas à profissão. Tanto a educação permanente como a continuada devem estar comprometidas com metodologias ativas e dinâmicas, que valorizem os trabalhadores da saúde, considerando, é claro, que na educação permanente esse protagonismo já acontece no mundo do trabalho. (SILVA; SILVA, 2019 *apud* POLAKIEWICZ, 2021).

Dos 16 artigos analisados, dois deles falavam sobre a ‘formação’, são eles respectivamente, o artigo 1 (campo) e o artigo 12 (teórico). Dentre eles destaca-se dois subtemas que mais foram encontrados nas análises: a) A formação inicial em educação física (graduação) é insuficiente para que esses profissionais possam ter

sucesso em seu trabalho dentro do SUS e do NASF; e b) há a necessidade de uma formação continuada (cursos de extensão e de pós-graduação *lato sensu* e *Stricto sensu*) para a complementação da formação.

Em parte dos resultados observou-se que as pesquisas apontam para uma formação acadêmica insuficiente do PEF. O que não difere de outros profissionais de saúde, considerando a atuação no contexto da saúde pública, especialmente em relação a aspectos como: estrutura e funcionamento do SUS, trabalho em equipe multiprofissional e, sobretudo, no atendimento a grupos populacionais no âmbito da saúde pública (SOUZA; LOCH, 2011) (artigo 5). Essas contradições entre a formação inicial e o trabalho no SUS são discutidas por Gadelha e Costa (2012). Para eles, apesar de o PEF já estar atuando no âmbito do SUS, ainda não foram definidas as competências que devem ser estabelecidas pelos currículos dos cursos superiores de educação física.

Porém, não basta pensar que somente a inserção ou o aumento de cursos específicos irá resolver os problemas. Pelo contrário, se não houver mudanças ou reformulações nas diretrizes curriculares para os cursos de formação em educação física, dando-lhes a devida sustentação e legitimação, bem como proporcionando experiências para os acadêmicos do curso de EF, de nada adiantará. O PEF, bem como qualquer outro profissional que lida com a área da saúde, precisa ter formação para o campo da saúde, isto é, para além do curso de graduação, dar continuidade nos processos de conhecimentos nessa área, adentrando o máximo possível na compreensão da integralidade.

A PNAB, por meio dos incentivos advindos do Ministério da Saúde, tem a função de buscar promover estratégias importantes na indução de mudanças curriculares para os cursos de graduação na área da saúde. A proposta visa a melhoria da formação, buscando por profissionais que tenham um perfil adequado para as funções, bem como o desenvolvimento de estratégias que estejam de acordo ou interligadas às diretrizes propostas pela Portaria n. 1996/GM, de 20 de agosto de 2007

Essas diretrizes estabelecem, conforme disposto nos artigos 15 a 18 da Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005, programas de bolsas para a educação pelo trabalho, integração entre serviços e ensino, incentivo de formação para os profissionais das UBS, adequando serviços que visem o desenvolvimento de práticas pedagógicas diversas dentro do SUS, projetos de estímulo que visam mudanças nos currículos em

curso, especialmente dentro do Pró-Saúde, com ênfase na AB e com vistas à atuação na ESF em todos os municípios do País, programas de aperfeiçoamento, especialização na área da saúde, bem como vivências e estágios oferecidos a esses estudantes, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2008a).

Em seu artigo 2º, a Portaria n. 154, de 2008, especifica os objetivos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde):

- I - Possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
 - II - Estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
 - III - Desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
 - IV - Contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;
 - V - Contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
 - VI - Sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
 - VII - induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional; e
 - VIII - fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde.
- Entre outros. (BRASIL, 2008a).

Em Goiás se tem o PRÓ-PET Saúde, aprovado em dezembro de 2011, que é um projeto vinculado e elaborado pela UFG, mas que também tem parcerias com secretarias municipais de algumas cidades. Propõe construções multidisciplinares e interdepartamentais para diversos cursos, entre eles o de Educação Física, tendo como princípio norteador a articulação entre o PRÓ-Saúde e o PET-Saúde. Entre os anos de 2012 e 2014 foram executados projetos nas seguintes temáticas: vigilância e promoção da saúde; emergência e urgência e para a estratégia saúde da família (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, [2022]).

Então, sob a perspectiva de formação dos PEF, o que se espera é que haja uma construção de competências e aspectos teóricos metodológicos que busquem por uma legitimação social, bem como incentive o interesse dos próprios profissionais na procura por melhorias em seus currículos, pois há programas que apoiam esse

profissional. Isto porque as bases das diretrizes curriculares até os anos 2000 não contribuíram para uma formação com as especificidades que os serviços do SUS exigem. No entanto, as abordagens pedagogistas e outras tendências renovadoras não críticas do campo da EF, em seus contextos históricos e culturais, não impediram que a formação inicial considerasse o campo da saúde em sua multidimensionalidade, mas tornou possível a mediação de suas relações com o tema de uma saúde baseada exclusivamente orgânica e individual (AGOSTINHO NETO *et al.*, 2018).

Isso porque desde a fase higienista, a educação física vem buscando seu espaço. Seus profissionais já eram influenciados pela exaustão dos limites biológicos e dos aspectos ligados à valorização e rendimento. Nessa fase as abordagens já mostravam ligações com a psicomotricidade, com o construtivismo desenvolvimentista e com as críticas de sua inserção dentro da saúde, que se manifestaram com mais rigor com o início da fase da saúde renovada.

Para Carvalho (2005), a área da EF aliada com a saúde iniciou a partir da década de 1970, com disciplinas laboratoriais e de pesquisas científicas, inclusive a fisiologia do exercício, cinesiologia e a biomecânica dentro da formação em educação física, fazendo com que os estudantes da época fossem orientados por princípios biofisiológicos de treinamento esportivo. Tais afirmações comprovam o ponto de vista que se defende, levando a visualizar a necessidade de uma formação, nos cursos de educação física, tanto para licenciados quanto para bacharéis, em que se possa romper com a perspectiva clínico-assistencial que vê a educação física apenas como recurso clínico, medicamentoso, curativo e hospitalocêntrico, passando a ter uma visão de saúde mais ampliada e multifatorial.

Sendo assim, pôde-se perceber que, naquela época, as atenções da educação física estiveram voltadas para um paradigma que dava ênfase somente à aptidão física, ou seja, com o discurso da redução de riscos a partir da prática esportiva, tendo essa premissa como sinônimo de saúde.

Quanto à formação inicial, Fraga *et al.* (2015) afirmam que o SUS não é mencionado nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos PEF. Para os autores supracitados, este 'silenciamento' por parte do SUS faz um contraste com a inserção do PEF na saúde, principalmente em ações voltadas para a ESF e para o NASF.

Isso “[...] indica, tanto para o campo da saúde quanto para a área da Educação Física, a potencialidade deste profissional na articulação de práticas de cuidado de caráter multiprofissional, inspiradas no princípio da

integralidade da atenção”. (FRAGA *et al.*, 2015, p. 379 *apud* OLIVEIRA, 2018, p. 3).

Diante disso, concorda-se com os autores que abordam, em suas temáticas, a necessidade de que esses profissionais, dentro do processo de formação, tenham disciplinas voltadas para a saúde, aumentando seu campo de atuação, ou seja, graduando um profissional que sai dessa abordagem puramente educacional e biofisiológica e passa a contemplar também o campo da saúde.

Outra pesquisa analisada, de Rodrigues *et al.* (2015) (artigo 4), demonstra haver desenvolvimento na questão de formação continuada em cursos e oficinas pelos PEF.

Em relação ao perfil de formação profissional, observou-se que todos tinham o curso de licenciatura plena em Educação Física, com a maioria (n = 10) tendo concluído o curso a cinco anos ou menos. A maioria (n = 12) se graduou em instituições públicas, tinha especialização (n = 10) e referiu ter participado (ou estar participando) de atividades de atualização (cursos, oficinas) depois de formados (n = 13). (RODRIGUES *et al.*, 2015, p. 356).

Muito embora a formação do PEF esteja centrada na hegemonia biofisiológica, inclusive no movimento ‘renovador da saúde’, que é hegemônico, aconteceram mudanças a partir da década de 1990 fundamentadas em uma perspectiva de contra-hegemonia, como visto na fundamentação teórica apresentada anteriormente. Essas perspectivas ensejam novos modos de olhar a educação física dentro da saúde. Diferentes autores, movimentos e instituições passaram a defender uma perspectiva mais crítica fundada nas bases das Ciências Sociais e Humanas e em diferentes bases epistemológicas. Antunes *et al.* (2020) afirmam que, com esse avanço, as próprias faculdades, em seus cursos superiores, começaram a ofertar disciplinas que têm, como diferenciais, a saúde coletiva.

Neste aspecto, Mendes (2020) indica a relevância da formação acadêmica dos PEF com relação aos princípios do SUS, pois existe claramente a necessidade de promover mudanças em seu processo de formação, visto que todos os estudos ainda são voltados para a área biomédica e são aí priorizados.

É neste viés que Orué *et al.* (2018) corroboram com as expectativas a respeito da importância da formação para os profissionais inseridos na saúde. Os autores exploram a temática da ‘insuficiência’ de saberes que podem impactar negativamente

o desenvolvimento de competências primordiais aos profissionais que trabalham nessa área, trazendo à tona a seguinte contribuição:

[...] a formação acadêmica que se mostra insuficiente, pouco vinculada à prática e às necessidades sociais e de saúde da população, permanecendo ainda com enfoque na doença, cura e em procedimentos para tratamento e/ou reabilitação, de forma individualizada e uni profissional. Esta formação, tanto na graduação como na pós-graduação, impacta negativamente no desenvolvimento de competências indispensáveis aos profissionais de saúde inseridos neste contexto”. (ORUÉ *et al.*, 2018, p. 5).

Outro estudo que trata da formação, de Santos e Benedetti (2012, p. 63) (artigo 16), apontam uma “[...] fragilidade dos profissionais de Educação Física quanto à inexistência de cursos superiores que abordem a área específica da saúde”. O que é de suma importância, pois um PEF que trabalha em um NASF sem ter a mínima noção do que se aborda na área da saúde pública ou sobre o que fazer ou como lidar com pacientes/usuários das ESF, sente-se inseguro em sua atuação.

Freitas, Carvalho e Mendes (2013), autores clássicos do campo da saúde pública e educação física, apresentam uma defesa do trabalho da educação física a partir da clínica ampliada. Para elas essa forma de trabalho visa superar a clínica tradicional, a qual fragmenta a EF e a separa das outras profissões no trabalho multiprofissional. Neste processo, busca-se a possibilidade de alcançar rupturas que possam fortalecer a atuação do PEF na área da saúde, integrando e formando esse profissional. E é neste mesmo viés que a pesquisa ora apresentada se baseou na busca por respostas, concordando com os dizeres dos autores supracitados de que

[...] é premente refazermos caminhos, aproximando formação profissional e intervenção. Os saberes e práticas de saúde são vias transversais que se transformam e produzem redes e se alimentam de experiências. Essa complexidade faz do trabalho em saúde, do enfrentamento dos desafios e da busca por soluções um movimento contínuo que pode acontecer na formação e no cotidiano do trabalho com base no pressuposto de que vivemos e fazemos nossos modos de viver, o tempo todo, em relação. (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013, p. 651).

Outro artigo, a análise de Santos e Benedetti (2012, p. 60), acrescenta que “[...] a falta de investimentos na qualificação dos profissionais pode reduzir as divergências na atuação do Profissional de Educação Física no NASF”, mostrando claramente que, muitas vezes, o que se vê na teoria não é realizado na prática. Afirmam que a combinação entre educação em saúde (ES), controle social (CS) e clínica ampliada

(CA) apresentam mais chances de serem realizadas pelo profissional quando a capacitação é ofertada pela gestão. Demonstrando mais uma vez que, sem incentivo, não há como haver avanços significativos nessa área. Tal afirmação remete novamente à importância da formação em educação física voltada para a saúde.

Já Pedrosa e Leal (2012,) (artigo10) apresentam dados que apontam uma defasagem nas oportunidades de formação continuada destinadas aos profissionais de educação física.

Foi relatado que dificilmente são oportunizados cursos de formação e de aperfeiçoamento, o que acaba muitas vezes deixando os profissionais desatualizados, tanto com relação aos avanços da área da saúde quanto às políticas públicas de saúde no país. (PEDROSA; LEAL, 2012, p. 240).

Apesar de se poder contemplar o avanço formativo dos profissionais de educação física se comparados com a década de 1980 e 1990, e, apesar dos avanços iniciados nos anos 2000, Pedrosa e Leal (2012) ainda argumentam que há a necessidade de uma formação permanente dentro do próprio trabalho do profissional.

Para Teixeira (2006) as formações permanentes podem ser vistas como:

[...] uma possibilidade de institucionalização de um espaço onde pode se conjugar o que há de melhor no ambiente acadêmico, ou seja, o interesse pela produção de conhecimentos, a partir da crítica sistemática ao conhecimento existente e da abertura à identificação de novos problemas, objetos e abordagens, com o que há de melhor no ambiente dos serviços. (TEIXEIRA, 2006, p. 41).

Portanto, desde a inserção de disciplinas relacionadas à saúde dentro das graduações em educação física e sua inserção no campo de atuações interdisciplinares, como nos NASF, nas academias da saúde, entre outros locais de atuação, muito tem mudado em termos de modos de atuação. Diante disso, sabe-se que o modelo atual ainda está longe de ser o ideal, mas já é possível perceber avanços recorrentes na área da educação física relacionados à formação profissional na saúde pública e coletiva nos últimos anos.

5.3.2 Tema: Práticas realizadas pelo profissional de educação física nos NASF

Ainda analisando a categoria 'núcleo profissional da educação física', no que diz respeito às práticas desenvolvidas pelos PEF nos NASF, metade dos estudos

encontrados apontam uma contribuição significativa no que diz respeito ao ingresso da educação física nos serviços da saúde pública brasileira.

Para essa discussão foram encontrados relatos em oito dos 16 artigos analisados sendo eles, respectivamente, os artigos de número 1, 4, 5, 6, 7, 8 e 11 (campo) e 15 (teórico).

O artigo 1, de Ferreira *et al.* (2016), fala sobre esse olhar restritivo para a doença. Os autores indicam as funções da educação física dentro dos NASF, acrescentando que elas se destacam por:

[...] ministrar sessões de atividade física e exercício físico, realizar avaliação física, orientar para hábitos saudáveis, trabalhar na prevenção de doenças, ampliar o campo de pesquisa, auxílio na saúde mental, melhora do desempenho e trabalho social. [...] o principal foco da intervenção do PEF direciona-se para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, demonstrando a coerência e ênfase da atuação profissional sobre os determinantes sociais da saúde, seja no âmbito individual ou territorial. (FERREIRA *et al.*, 2016, p. 230-233).

Foi possível perceber, de acordo com as colocações dos autores citados, que as atividades realizadas pelos PEF nos NASF ainda estão presas a concepções clínico-assistencialistas, tendo como foco as melhorias fisiológicas, ou seja, ainda vinculada a uma visão biomédica da educação física, que tenta propiciar melhoras físicas e orgânicas aos indivíduos. Assim, percebe-se que não tem sido observado que as atividades realizadas pelos PEF nos NASF podem trazer benefícios maiores por meio da visão mais ampliada de saúde.

Dessa forma, mesmo com todos os avanços atuais e de políticas públicas específicas, ainda parece ser mais fácil que o PEF exerça seu trabalho de forma fragmentada e individual do que coletiva, o que, como visto, não é o melhor caminho, pois traz insegurança ao profissional, além de fazê-lo se sentir deslocado frente à equipe multidisciplinar na qual deveria desenvolver seu trabalho.

O que se defende aqui é uma 'complementariedade', porém, o trabalho individual com o usuário também é importante, pois cada profissional, dentro de sua área, precisa desses momentos individuais, eles também fazem parte de suas estratégias, as quais possam trazer respostas às necessidades populacionais.

Carvalho (2005) critica a ênfase histórica médico-assistencialista enfatizada pelo campo da EF.

Partimos do pressuposto que o profissional da saúde precisa estar atento ao fato de que para que as populações alcancem níveis adequados de saúde é necessário ir além do acesso a serviços médico assistenciais ou da prática de atividade física. Implica em enfrentar a questão da produção de conhecimento dirigida às pessoas e coletivos sem acesso à informação e ao conhecimento relativo aos cuidados com o corpo e produzir políticas públicas comprometidas com as repercussões na saúde. Não conseguiremos interferir no processo saúde-doença se a Educação Física não ouvir, estudar, analisar e avaliar o que se pensa e se faz em saúde hoje, do ponto de vista coletivo, público e social. Escrevemos, falamos e ensinamos chamando a atenção para a saúde, para a qualidade de vida e para o bem-estar, mas nesses anos todos não construímos vínculos com o serviço público de saúde. (CARVALHO, 2005, p. 102-103).

Da mesma forma como os autores anteriores, Souza e Loch (2011, p. 9) (artigo 5) concordam com essa linha de pensamento ao descreverem as atividades que os PEF contemplam em suas atuações na saúde:

Dentre as atividades físicas prescritas pelos profissionais estão: atividades aeróbias (principalmente caminhadas) e exercícios resistidos. Em menor proporção, os profissionais também referiram prescrever exercícios de alongamento, coordenação motora e atividades lúdicas. (SOUZA; LOCH, 2011, p. 9).

Isso mostra como as atividades desenvolvidas por esse profissional são ainda individualizadas. Mesmo tendo tido uma aceitação da comunidade, os benefícios das práticas corporais ministradas pelos PEF têm sido vistos sob a perspectiva de busca 'estética' e é justamente essa visão que precisa ser modificada. Pois, além desses preceitos, o PEF pode colaborar na socialização, na distração e no desenvolvimento da coletividade, realizando rodas de conversas nas quais essas ações podem ser realizadas de forma interdisciplinar com outros profissionais inseridos no NASF, tendo como foco principal não a doença, mas sim a pessoa em sua integralidade.

Noutra linha de raciocínio, Santos *et al.* (2015, p. 696) (artigo 6) também apresentam, em suas discussões, as principais atividades desenvolvidas pelo profissional de educação física por ordem de importância, sendo elas: ginástica, palestras educativas e de relaxamento, caminhadas, atividades recreativas e jogos, ou seja, ele busca trazer melhoras para a população, porém, ainda centrado em uma visão curativa da EF, fazendo com que seus praticantes tenham melhores resultados fisiológicos a partir das práticas que ele traz dentro dos grupos.

No entanto, a realidade do que deveria ser o atendimento dentro dos NASF se confronta com a realidade encontrada por pesquisadores, mostrando claramente que o trabalho que deveria ser multidisciplinar, ou seja, em conjunto com os demais

profissionais do núcleo; mas não é o que acontece. O PEF, normalmente, realiza suas atividades sozinho, sem parcerias, dando a entender que ainda há um descrédito e uma descrença em seu trabalho ou que ele o constrói assim, como prática uniprofissional.

Dessa forma, percebe-se que as ações atuais estão na contramão do que diz o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2009), que mostra a importância do trabalho interdisciplinar no NASF como algo de grande importância para a integralização do trabalho, como se vê na citação a seguir.

A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se e, 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).

Assim, nota-se, de acordo com algumas das citações destacadas, que as atividades interdisciplinares sugeridas pelo caderno da atenção básica não são realizadas, ou seja, na teoria elas existem, mas na prática não. Esta observação é corroborada por Rodrigues *et al.* (2015, p. 357), (artigo 4), transparecendo que o trabalho interdisciplinar não acontece, pelo contrário, na maioria das vezes o profissional de educação física acaba atuando sozinho. Os autores supracitados encontraram, em suas análises, dados que mostram essa situação.

A maioria dos PEFs (n = 11) desenvolvia o atendimento de forma individual e em grupos (n = 14) e faziam avaliação física dos usuários pelo menos semestralmente (n = 10). O índice de massa corporal (n = 10) e a pressão arterial (n = 10) foram os indicadores mais utilizados para avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no NASFS. Alongamento (n = 15), grupos de caminhadas (n = 11) e danças (n = 9) foram as atividades físicas mais utilizadas pelo PEF na sua atuação no NASFS. (RODRIGUES *et al.*, 2015, p. 357).

Ferreira *et al.* (2016, p. 233) (artigo 1), em suas pesquisas, também confirmam essa inexistência de ‘coletividade’, evidenciando que há um distanciamento do trabalho da EF com as demais profissões, ou seja, não há uma integralidade no cuidado. Santos *et al.* (2017, p. 233) (artigo 2) corroboram os estudos desenvolvidos por Rodrigues *et al.* (2015), com os PEF do NASF de João Pessoa-PB, e Souza e Loch (2011), com os PEF do NASF no Paraná, evidenciando um certo distanciamento do trabalho da educação física no que diz respeito à integralidade do cuidado se

comparada às demais profissões. Estes autores concordam ainda que, apesar de já se perceber um certo reconhecimento da importância do PEF nas equipes, ainda predominam ações específicas, que ainda dão prioridade à uma visão puramente biomédica.

Neves *et al.* (2016, p. 233) contribuem com as análises ao afirmar que este é um dos desafios a ser enfrentado no campo da educação física, que é superar a visão puramente biomédica, reducionista e hegemônica que gira em torno da promoção da saúde, pois tais concepções afetam os processos de intervenção; processos estes que deveriam “[...] primar pelos princípios da integralidade nos processos de saúde-doença” (NEVES *et al.*, 2016, p. 233). Complementa-se com uma pergunta: Não há estudos de casos dos sujeitos e suas especificidades de necessidades de saúde de acordo com suas condições gerais e estruturais de vida, como desenhado na política do trabalho nos NASF?

Os autores supracitados assinalam este aspecto afirmando que:

[...] apenas na década de 1990 intensificaram-se os debates e mobilizações sobre o tema e a importância dos processos educativos na atuação do PEF no campo da Saúde pública. Defendem a proposição de que o grande desafio a ser enfrentado pelo campo da Educação Física é a superação da visão hegemônica e reducionista de promoção da saúde que afeta os processos de intervenção que deveriam primar pelos princípios da integralidade nos processos de saúde-doença. (NEVES *et al.*, 2016, p. 233).

Fato agravante é descrito por Pedrosa e Leal (2012, p. 67) (artigo 10), mas que não se configurou como uma surpresa. Estes autores verificaram, entre seus pesquisados, que tanto os médicos quanto os enfermeiros desconheciam o NASF e a atuação da EF dentro desses locais da saúde, ignorando sua atuação na saúde pública. De acordo com as entrevistas realizadas com esses outros profissionais, eles dizem que, apesar do desconhecimento, acham promissora a atuação da EF, mesmo que não a vislumbrassem como ‘viável’ dentro deste cenário.

Tal situação só reforça a ideia de como ainda é necessário que haja uma integração e uma melhoria no pensamento sobre o profissional de educação física dentro das dependências ligadas à saúde. Não se pode negar os grandes benefícios que as práticas realizadas pelos profissionais de educação física têm trazido nos locais onde os NASF estão inseridos, mesmo sabendo que essas práticas estão na contramão das diretrizes do NASF.

Há, portanto, a necessidade de um avanço relacionado à implantação de atividades que rompam com a visão medicamentosa da educação física dentro das ações do SUS e que possam ser melhoradas a partir da inserção de práticas corporais que tragam a seus usuários benefícios não apenas em perspectivas físicas, mas também outras dimensões da vida e do corpo. Incentivos são necessários, tanto por meio de políticas públicas quanto por parte da sociedade, que tragam as reais necessidades da população do território onde os profissionais dos NASF estão inseridos e que haja atividades em conjunto entre as equipes do NASF e da Atenção Básica, no sentido de cumprir com os princípios do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; em especial com estudos de caso a partir da estrutura de uma visão ampliada de saúde e da clínica ampliada.

5.3.3 Tema: Estruturas necessárias para a realização das atividades do núcleo profissionais de educação física nos NASF

A partir das análises dos dados, verificou-se que dentre 16 artigos utilizados, sete deles trazem, em suas discussões, assuntos relacionados à estrutura ou à falta dela para a realização das atividades do PEF dentro dos NASF no Brasil. São os de número: 4, 5, 6, 7, 8, 10 (campo) e o de número 15 (teórico).

Abordando o mesmo assunto, estão os autores Rodrigues *et al.* (2015) (4), que confirmam que parte dos PEF entrevistados utilizavam materiais alternativos, feitos com materiais recicláveis, por serem de baixo custo, fácil manuseio e atendiam, em partes, às expectativas dos usuários, já que não dispunham de materiais adequados.

É possível perceber que os PEF ainda se encontram presos em uma visão corporativista da educação física, sendo que o que pôde ser visto nas colocações dos autores é que eles veem a necessidade de estruturas e equipamentos para que assim o núcleo profissional possa ter um destaque em vez de uma preocupação do trabalho coletivo, para que assim o campo da saúde venha a ter destaque

A partir de Ferreira *et al.* (2016) (1) percebe-se que a infraestrutura é tida como um dos principais problemas para a realização das práticas da educação física dentro dos NASF. Neste sentido, os autores afirmam que:

[...] muitos dos problemas estão na infraestrutura, não tem com o que trabalhar, onde trabalhar.... Mesmo sendo uma unidade grande eu teria que

trabalhar na rua... ter parcerias Intersectoriais com igrejas, escolas, parques porque a gente não tem local mesmo [...]. (FERREIRA *et al.*, 2016, p. 232).

Em relação aos tipos de materiais utilizados nas ações realizadas pelos PEFs inseridos nos NASF, pôde-se verificar que, segundo Rodrigues *et al.* (2015),

Todos os PEFs consideraram os materiais usados para desenvolvimento das atividades físicas adequados sendo os mais, frequentemente, utilizados: cabos de vassoura (n = 12), garrafas pet (n =7) e cordas (n = 4). Os materiais de ginástica como halteres, caneleiras e bastões não eram utilizados pela maioria dos PEF (n = 10). (RODRIGUES *et al.*, 2015, p. 357).

Já Souza e Loch (2011) (artigo 5) apresentam relatos de profissionais que afirmam trabalhar com materiais alternativos feitos por eles mesmos, utilizando garrafas pet, pedra, areia, cabo de vassoura e outros. Também é possível ver a mesma discussão sobre os tipos de equipamentos utilizados em Martinez, Silva e Silva (2014) (15):

[...] com uso de materiais alternativos como pesos com garrafa pet e cabo de vassouras. 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. (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014, p. 229).

É sob essa perspectiva que se compreende a importância da implantação das Academias da Saúde, que vieram para complementar e fortalecer as ações do NASF. Pois são enviadas verbas específicas para o PAS para o levantamento de estruturas próprias e adequadas, compra de materiais, aparelhos e manutenção de profissionais. De modo que não se pode responsabilizar o profissional, que tenta executar seu trabalho mesmo sem ter condições materiais passa isso. O profissional que está engajado e comprometido com o trabalho encontrará um meio para suprir, ou ao menos tentar suprir, essas faltas, mesmo que utilizando de materiais improvisados dentro das práticas corporais realizadas.

O 'desmonte' das políticas públicas, junto ao novo financiamento proposto para a saúde, acabam por prejudicar de forma substancial as estruturas e todos os tipos de materiais que deveriam estar dentro delas, além de diminuir o quantitativo de profissionais que também deveriam estar inseridos nesses locais. Com isso, tem-se um grande problema, que é a deficiência nos serviços prestados.

Pôde-se verificar que as próprias Diretrizes do NASF, de certa forma, incentivam a utilização de materiais recicláveis, porém, salientam a importância de se ter materiais próprios disponibilizados pela Secretaria de Saúde, pois os profissionais de educação física não podem assumir a responsabilidade pela construção dos materiais.

De acordo com Brasil (2008),

As Diretrizes do NASF incentivam a utilização de materiais alternativos, inclusive para evitar o consumismo e incentivar a reciclagem de materiais, para que estes possam ser adaptados e utilizados em outras funções. Contudo, existe uma necessidade de equipes para as práticas do PEF atuante no NASF, com outros materiais e equipamentos, para que essas práticas não se cauterizem ou se cristalizem tendo como padrão os materiais reciclados, de modo que possibilidades mais amplas de atividades físicas possam ser alcançadas. (BRASIL, 2008).

Ferreira *et al.* (2016) (1) enfatizam a insatisfação dos profissionais quanto às estruturas e aos materiais que dispunham para o trabalho. Os sujeitos de sua pesquisa revelaram, entre outras coisas que:

Muitos dos problemas estão na infraestrutura, “não tem com o que trabalhar, onde trabalhar.... Mesmo sendo uma unidade grande eu teria que trabalhar na rua... ter parcerias Intersetoriais com igrejas, escolas, parques porque a gente não tem local mesmo”. (FERREIRA *et al.*, 2016, p. 232).

Verificou-se, no conteúdo dos artigos estudados, que vários deles pontuavam os locais onde ocorriam as ações realizadas pelos grupos de atividade física e seus profissionais em vários NASF do Brasil. De acordo com Santos *et al.* (2015) (6), devido à falta de locais apropriados, os três locais mais utilizados para a realização das práticas com a comunidade eram: os espaços públicos de lazer, localizados nas ruas (parques, praças e campos); os centros comunitários; os espaços de entidades religiosas que eram cedidos para tal. O estudo de Rodrigues *et al.* (2015) (4) traz relatos que mostram a atuação dos PEF nas UBS e em locais públicos próximos a elas. O que coincide com os achados de Guarda *et al.* (2014) (8), que descrevem a utilização dos espaços públicos e das UBS como os locais mais utilizados pelos PEF.

Pode-se perceber, então, conforme os excertos apresentados, que, ambos os estudos mostram que os locais mais utilizados pelos PEF inseridos nos NASF, bem como as ações desenvolvidas por esses profissionais, têm se repetido, utilizando-se de locais cedidos ou pactuados por órgãos governamentais ou comunitários, como,

por exemplo, as instituições religiosas. Assim, pode-se dizer que a sociedade em geral tem visto esses trabalhos como resolutivos, pois se assim não fosse não teriam cedido locais para as práticas do PEF.

De acordo com Brasil (2014),

O NASFS, portanto, faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como um serviço com espaço físico independente. Isso quer dizer que os profissionais do Núcleo se utilizam do próprio espaço das Unidades Básicas de Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento do seu trabalho. Eles atuam a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes vinculadas, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes como o Sistema Único da Assistência Social (Suas), redes sociais e comunitárias. (BRASIL, 2014, p. 19).

Dessa forma, compreende-se que há uma carência de investimento relacionado às estruturas físicas para as práticas da atividade física e das práticas corporais, mesmo como demonstrado nos marcos legais dos NASF, que esse não tem sede própria, pelo contrário, ele veio com o objetivo de auxiliar os profissionais já inseridos nas ESF, e suas ações são realizadas dentro ou nas proximidades da UBS.

Nesse sentido, Santos *et al.* (2017) (2) discutem a necessidade de se ter estruturas mínimas para a prática dos PEF nos NASF, afirmando que eles necessitam dessa estruturação, pois a concretização das práticas corporais depende de um espaço apropriado para sua realização, entendendo que as condições de trabalho são fatores fundamentais para garantir que o profissional se fixe em determinado local de trabalho e o realize com qualidade.

Assim, ao analisar os discursos empregados nos artigos sobre falta de estrutura, local e equipamentos adequados para a realização das atividades do PEF na saúde pública, Scalco, Lacerda & Calvo (2010) relatam que é necessário que haja disponibilidade de estrutura física mínima e recursos para que o PEF possa trabalhar e apresentar bons resultados, visto que as condições mínimas de trabalho são determinantes nos resultados. Quando esses profissionais não podem contar com esses recursos, certamente não podem desempenhar o seu melhor trabalho.

O que se infere é que os PEF têm enfrentado a falta de ambientes adequados e materiais inapropriados para a realização de seus trabalhos. Além disso, percebe-se a ruptura nas práticas realizadas pelos PEF, que estão bem aquém da estrutura organizacional do 'apoio matricial', que é, a priori, um dos pilares da organização do trabalho dos NASF, retomando o que diz Kloetzel *et al.* (1998, p. 35): "[...] o apoio

matricial pressupõe uma relação horizontal, desburocratizada e supõe uma função pedagógica, por meio de ‘encontros’ presenciais ou não”. Esta citação leva à percepção de que o apoio matricial está na contramão das ações que foram observadas nas análises dos artigos, pois elas têm sido realizadas de forma isolada, sem pactuação e sem o auxílio de protocolos e projetos que visem a terapêutica singular.

Para Pasquim e Arruda (2013)

A prática do apoio matricial pode envolver discussão de casos, atendimento conjunto, capacitação, construção de protocolos, suporte na incorporação de novas práticas, construção de projetos terapêuticos singulares e manejo de questões do território. (PASQUIM; ARRUDA, 2013, p. 35).

As pesquisas de Santos *et al.* (2017) (2) e Martinez, Silva e Silva (2014) (15) concluem que, no quesito ‘materiais e estrutura’ para o atendimento dos sujeitos envolvidos no processo que deveria ser multidisciplinar, as atividades deixam muito a desejar. Isto porque, por mais que haja relatos nos quais os profissionais afirmam que eles mesmos realizam a confecção dos materiais e que conseguem locais alternativos para suas práticas, sabe-se que esse não é o procedimento indicado.

Os princípios que norteiam as ações do NASF dentro da AB são: integralidade, territorialização, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde. O conjunto de autores ora citados corrobora com os marcos legais direcionados para estruturar o trabalho nos NASF, sendo que as diretrizes deste, descritas no Caderno de Atenção Básica nº 39, apontam para a necessidade de se inserir equipes de profissionais atuantes em diferentes áreas do conhecimento juntamente com a equipe da Saúde da Família, uma vez que o compartilhamento de experiências e práticas uns dos outros colabora com uma melhor saúde nos territórios (BRASIL, 2014).

Mesmo havendo a necessidade de estruturas específicas para o trabalho com as práticas corporais nos NASF, conforme indicado pelos autores dos artigos analisados, nota-se um certo olhar deslocado para o trabalho da EF, separado e centrado em atividades específicas do núcleo profissional da EF. Pode-se inferir que o trabalho considerando a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade e os

princípios da política dos NASF está, na verdade, em segundo plano para estes autores.

5.3.4 Tema: Sujeitos praticantes das atividades realizadas pelos núcleos profissionais de educação física nos NASF

Analisou-se o 'público (sujeitos e patologias) ' que tem feito parte das ações realizadas pelos PEF em seus trabalhos, utilizando um olhar mais apurado sobre essas pessoas e suas patologias, bem como os benefícios que as práticas realizadas por eles têm trazido para seu cotidiano.

Dos dezesseis (16) artigos que compõem esta pesquisa, oito discutem o perfil dos sujeitos que realizam as práticas corporais propostas pelos PEF nos NASF – mais especificamente os de número 4, 6, 7, 11 (empírico) e o 13 (teórico).

A pesquisa de Ferreira *et al.* (2016) (1) revela que os PEF trabalhavam com a caminhada, com grupos da terceira idade e alguns esportes com crianças. Já a pesquisa de Rodrigues *et al.* (2015) (4), relata que os PEF trabalhavam com usuários diabéticos, hipertensos, idosos, gestantes e com adultos saudáveis. A pesquisa de Souza (2010), aponta que grande parte da população que pratica exercícios físicos, advindos das esferas da saúde, é composta por idosos e mulheres com alguma patologia. Também o estudo de Santos (2015) revela que a maior parte dos praticantes de atividades realizadas pelo PEF é composta por jovens, crianças e idosos com hipertensão e diabetes.

Os resultados das pesquisas desses autores corroboram os trazidos por Guarda *et al.* (2014, p. 266) (8), que mostram que o público-alvo mais atuante durante as práticas corporais oferecidas pelos PEF eram 'grupos populacionais', ou seja, diabéticos, gestantes e hipertensos. Relatos próximos a esses também foram encontrados nos estudos de Martinez, Silva e Silva (2014) (15), que relatam que a maioria dos participantes das atividades dos PEF era composta por idosos e mulheres com alguma patologia.

Os resultados dessas pesquisas permitem inferir que a maioria das atividades oferecidas por PEF que atuam nos NASF é realizada com pessoas que possuem algum tipo de patologia, dando a entender que ainda estamos muito presos à visão clínico-assistencialista, pois os praticantes que realizam essas atividades já estão

acometidos por alguma doença e tentam buscar na prática uma solução ou um tratamento.

Foi possível visualizar ainda, em colaboração com os autores supracitados, que mesmo nas ações voltadas para o SUS, a atividade física ainda está ligada a uma visão medicamentosa e curativa, sugerindo que esses praticantes buscam as atividades realizadas nos NASF pelos PEF apenas para uma melhora em sua saúde física, deixando explícito que a educação física ainda não conseguiu romper com o paradigma biomédico. Muitos dos praticantes ainda procuram esses locais de saúde buscando um ambiente *fitness*, ou seja, ainda enxergam o SUS como uma ‘academia gratuita’, tal como afirma Carvalho (1995) em ‘O mito da atividade física e saúde’.

As entrevistas realizadas por Romero *et al.* (2015, p. 58) (7), durante seu estudo sobre esse tema, revelam que os atendimentos realizados nos NASF alcançam todas as faixas etárias e sujeitos com patologias diversas não transmissíveis.

Para as populações atingidas em atendimento individual, a maioria dos profissionais relatou trabalhar com todas as idades independentemente das características pessoais (98,6%). Para grupos de atendimento, os resultados foram semelhantes 75,0% dos profissionais relataram atendimento a todas idades, apesar das características. No entanto, 47,7% dos profissionais relataram também ser atendidos pacientes com doenças não transmissíveis e 35,2% relataram trabalhar com os idosos. (ROMERO *et al.*, 2015, p. 58).

Apesar de este autor trazer, em seus resultados, que nos NASF são atendidos vários tipos de grupos, o que se percebe é que não há mudanças no sentido de relacionar as patologias com processos curativos, ou seja, as pessoas não buscam as atividades físicas com o intuito de serem ‘curadas’. O que se percebe são pensamentos ainda retrógrados referentes ao uso da educação física nos setores da saúde. Ainda se pensa em algo que irá curar determinada patologia, quando na verdade os PEF, aliado à toda uma equipe multidisciplinar, são capazes de promover uma boa qualidade de vida para o indivíduo e é por isso que não se deve pensar neste profissional atuando sozinho, mas sim em conjunto com outras práticas.

Contudo, foi possível ter uma percepção acerca do aspecto de ‘núcleo e núcleo profissional’, mostrando como ele se dá na prática. A seguir, apresenta-se a discussão sobre o campo no qual o PEF está inserido, bem como seus principais conceitos.

5.4 CATEGORIA: CAMPO

A partir daqui inicia-se a discussão sobre a categoria ‘campo’ e suas subcategorias, apresentando os resultados encontrados dentro dos artigos pesquisados para esta dissertação e que foram relevantes para serem acrescentados neste tópico. Os artigos de número 1, 3, 4, 6, 8, 9,10 e 11 são denominados artigos empíricos e os artigos 12 e 13 são teóricos. Fala-se sobre ‘trabalho interdisciplinar, apoio matricial, clínica ampliada e projeto terapêutico singular’, entre outros.

Antes, porém, é importante salientar que em grande parte dos artigos analisados não se localizou resultados que discutam essas temáticas, o que mostra que, apesar do avanço da educação física dentro do SUS, percebe-se que ainda há predominância, na literatura, de trabalhos que abordam a educação física vinculada à uma temática biofisiológica da saúde.

A respeito disso, Silveira (2012) enfatiza que as atividades nucleares são vistas como práticas corporais:

As ações dos profissionais relacionam-se às atividades nucleares pautadas na formação específica obtida em educação física, com base em um modelo tecnicista e biomédico. A formação dos profissionais ocorre mediante um formato para prescrever segundo diagnósticos, avaliação e protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos, porém o profissional de educação física deve apresentar uma atuação no âmbito da saúde que ultrapasse as práticas do modelo hegemônico e médico-centrado. Considerando o conceito ampliado de saúde e de integralidade, os profissionais de educação física devem inserir suas práticas no contexto dos serviços e das necessidades de saúde da comunidade, integrando suas ações de acordo com o projeto terapêutico das equipes de saúde. (SILVEIRA, 2012, p. 65).

5.4.1 Tema: Trabalho interdisciplinar a partir do campo

Dentre os 16 artigos analisados, quatro falam sobre o a temática 'trabalho interdisciplinar', são eles os de número 4, 5 e 10 (empíricos) e 12 e 13 (teóricos). Reis, Vasconcelos e Barros (2014) abordam o trabalho no NASF como tendo um vínculo de interdisciplinaridade. Para esses autores é isso que os profissionais atuantes na equipe do NASF perseguem. Para Brasil (2006),

Para que as intervenções ampliem seu escopo de modo a organizar a atenção e o cuidado na articulação comum a equipe multiprofissional, as ações devem ser definidas pelos gestores municipais e

as equipes de ESF mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades do território e deverão seguir um modelo de implantação específico. (BRASIL, 2006).

Já os autores Orué *et al.* (2018, p. 3) confirmam mais uma vez a necessidade acerca dos processos de organização e inovação nos trabalhos interdisciplinares vinculados às equipes que lidam com a saúde nos NASF. De forma que, como visto nas seções anteriores, a hipervalorização da profissão na qual os PEF inseridos nos NASF têm privilegiado ações individuais, tendo como foco a melhoria das condições fisiológicas dos usuários, que normalmente já são acometidos de alguma patologia, quem busca uma melhora a partir das práticas corporais.

O primeiro artigo que debate a questão do trabalho interdisciplinar é o de Ferreira *et al.* (2016) (1), onde afirmam que, para alcançar êxito em trabalhos interdisciplinares é necessário que haja um objetivo comum entre as equipes, além de disciplina constante no diálogo e na troca de saberes. Ressaltam ainda que as diferenças existentes entre os profissionais devem ser aproveitadas pelos gestores para que intensifiquem a resolução dos problemas territoriais, atuem na própria construção de projetos terapêuticos e também dentro das ações de cunho coletivo.

Além dessas ações coletivas também é necessário o desenvolvimento de competências, que, segundo Orué *et al.* (2018), são essenciais para as categorias profissionais ligadas à saúde, uma vez que desenvolve competências variadas para os profissionais que precisam promover uma comunicação entre saberes dentro dos NASF. Assim, espera-se que haja comunicação e um relacionamento interpessoal entre os profissionais com o foco nos usuários que necessitam dos serviços de saúde, objetivando que sejam ser mais bem acolhidos, escutados e que o atendimento seja, de fato, qualificado de forma a responder às expectativas de ambos. Mas os autores salientam que para que se tenha esse retorno o 'trabalho colaborativo' precisa existir e ser hegemônico, além de ser incorporado nos cuidados em saúde.

Nascimento e Cordeiro (2019), sobre esse viés, afirmam que:

Hoje, o que caracteriza o modelo hegemônico de atenção à saúde é a centralidade na doença e o uso de tecnologias duras para a resolução dos problemas, em detrimento do trabalho em equipe, organizado sob a ótica da integralidade, com o emprego de tecnologias leves e leve-duras. Sinaliza-se a necessidade de ruptura com o modelo vigente e, para isso, é necessária a compreensão do processo de trabalho em saúde e todos os seus condicionantes pelos próprios trabalhadores, para que haja possibilidade de transformá-lo. (NASCIMENTO; CORDEIRO, 2019).

Pode-se verificar, no trabalho de Souza e Loch (2011) (artigo 5), quando estes apresentam dados coletados com seus sujeitos, como o trabalho interdisciplinar é visto.

[...] é um trabalho bem legal eu nunca tinha vivido isso na minha vida e foi assim uma coisa louca, uma novidade tremenda na minha vida nunca imaginei que eu fosse tá em meio assim eu, e outros profissionais por que assim igual eu falei foi sempre “eu”, eu dentro numa academia por mais que eu tivesse dentro de uma escola era eu dentro de uma quadra... hoje eu me vejo junto com outras pessoas com outros pensamentos, mas todo mundo no final falando a mesma língua. Entendeu? É isso que eu achei bem legal bem interessante. (SOUZA; LOCH, 2011, p. 7).

De acordo com Ferreira *et al.* (2016) (1), não é que os médicos e os enfermeiros não vissem a possibilidade como promissora, mas ainda não vislumbravam este cenário como algo viável dentro da saúde pública, transparecendo que o PEF ainda precisa percorrer um longo caminho até ser realmente visto e respeitado em sua função dentro da saúde.

Por meio dos resultados da pesquisa de Rodrigues *et al.* (2015) (4) foi possível perceber a importância de um trabalho em parceria nas ações do PEF nos NASF. Os dados coletados nessa pesquisa, na região metropolitana de João Pessoa (PB) apontam que:

A maioria dos PEFs (n = 14) citou que realiza algum tipo de trabalho interdisciplinar e que sempre ou quase sempre (n = 12) atua com outros profissionais do NASFS ou da ESF. “Os PEFs avaliaram a qualidade do trabalho interdisciplinar realizado como pelo menos regular, sendo que oito consideraram como muito bom ou bom”. “Todos os PEFs indicaram participar do planejamento das ações e a maioria (n = 11) relatou que a frequência de reuniões em equipe era pelo menos quinzenal. (RODRIGUES *et al.*, 2015, p. 358).

De acordo com o que indicam Romero *et al.* (2015) (7), não pode ser normal o fato de a maioria dos PEF ainda trabalhar de modo individualizado, já que o que se busca é justamente a multidisciplinaridade, o trabalho em conjunto, o apoio e, principalmente, a inserção de outras profissões em detrimento das tradicionais. Mas como já anteriormente, há momentos em que o trabalho individual é importante e não pode ser visto como totalmente errôneo.

Schuh *et al.* (2015, p. 34) (13) trazem uma discussão sobre o processo de trabalho do PEF em equipes multidisciplinares, sendo que os mesmos perceberam que:

O processo de trabalho do educador físico deve ser caracterizado por ações compartilhadas, visando uma intervenção interdisciplinar, ampliando e fortalecendo as intervenções das equipes de saúde. Portanto, é reconhecida a importância da atuação do profissional de Educação Física no NASFS, entretanto, é preciso consolidar sua inserção nas equipes multiprofissionais. (SCHUH *et al.*, 2015, p. 34).

Em Brasil (2006) há a afirmação de que a possibilidade de inserção do PEF nas ações da ESF através do NASF é uma oportunidade para a efetivação de uma maior interdisciplinaridade dentro do processo de promoção da saúde. Por outro lado, Mendonça (2012) afirma que a dificuldade do trabalho no NASF está na falta de comprometimento, na não aceitação do trabalho e no preconceito de outros profissionais em relação ao PEF. Isso mostra, mais uma vez, que o preconceito entre os profissionais ainda acontece.

Souza e Loch (2011) revelam uma visão individualista e médico-centrada prevalente nos serviços, sendo que os PEF entrevistados afirmaram que percebiam uma certa 'resistência por parte de alguns profissionais da ESF', problemas estes que só puderam ser resolvidos no momento em que houve uma capacitação com os profissionais da UBS.

Observou-se também que raros são os casos onde se vê, entre os artigos analisados, ações conjuntas em que os profissionais tiveram uma perspectiva voltada para os usuários e não para a doença. Da mesma forma, pôde-se perceber poucas situações onde as atividades intersetoriais vão para além da saúde – por exemplo, a educação, a assistência social, a segurança, entre outros –, que busquem trazer uma maior resolutividade para a população de um determinado território onde o NASF está inserido.

É neste sentido que Orué *et al.* (2018, p. 3) argumentam que:

No que se refere ao NASFS-AB, o desafio consiste em identificar Inovações na organização e no processo de trabalho, a partir da abordagem interdisciplinar – o que reflete tanto na saúde e no bem-estar dos usuários, quanto na própria estrutura e funcionamento da AB –, de tal forma que possa colaborar para romper com o tradicional modelo de cuidado especializado e fragmentado, presente no sistema de saúde vigente em nossa sociedade. (ORUÉ *et al.*, 2018, p. 3).

No que se refere ao NASF, o desafio consiste em identificar inovações na organização e no processo de trabalho a partir da abordagem interdisciplinar – o que

reflete tanto na saúde e no bem-estar dos usuários quanto na própria estrutura e funcionamento da AB –, de tal forma que possa colaborar para romper com o tradicional modelo de cuidado especializado e fragmentado presente no sistema de saúde vigente em nossa sociedade.

Em suma, analisando todo o contexto abordado, acredita-se que se tiverem apoio, principalmente dos gestores, os profissionais que trabalham na saúde podem intensificar os cuidados e promover maior qualidade na saúde do usuário, tudo isso por meio de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissional trabalhe respeitando o saber, a formação e, principalmente, o lugar do outro dentro da equipe. Entende-se que a atuação do PEF, no contexto do NASF, é como dar um passo adiante na conquista por um espaço, uma identidade e, sobretudo, um trabalho valorizado e reconhecido, por se tratar de uma realidade ainda desconhecida pelos profissionais e gestão. Percebe-se ainda que grande parte dos profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, não conhecem o trabalho do PEF e, obviamente, também ignoravam sua atuação na saúde pública através do NASF.

5.4.2 Tema: apoio matricial no campo

Nesta subseção se discute os resultados encontrados nos artigos pesquisados e também se faz um complemento da subseção 2.2, onde se explica sobre o apoio matricial. Dentre os 16 artigos analisados, três deles falam sobre o apoio matricial.

Para complementar a temática sobre apoio matricial realizado no NASF, questões ligadas ao matriciamento e as abordagens interdisciplinares advindas dos PEF junto à equipe multiprofissional dos NASF, traz-se o esclarecimento de Campos (2013):

O Apoio Matricial é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde. Utiliza, além dos conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, o referencial da interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas. (CAMPOS *et al.*, 2013, p. 456).

Em seu texto Ferreira *et al.* (2016) (1) explicitam que a articulação de processos de trabalho com os demais profissionais da área da saúde era cercada por

preconceitos, principalmente advindos dos médicos e de enfermeiros, que não tinham comprometimento com as reuniões em equipe. Na visão destes autores o preconceito ainda impera nos dias atuais, mesmo com a inserção cada vez mais atuante dos PEF nas áreas da saúde. As respostas de dois de seus entrevistados revelam que existe uma relação direta do apoio matricial com o trabalho interdisciplinar.

De acordo com Guarda *et al.* (2014) (8), seria importante, para o PEF, que houvesse capacitação para que eles pudessem lidar com as diversas situações e dificuldades que surgem em sua carreira profissional, já que o trabalho multidisciplinar é tido como um grande desafio de troca de experiências e saberes e é por este motivo que existem os conflitos de ideias.

Já de acordo com Ferreira *et al.* (2016), (1) aqueles profissionais que estiveram no NASF desde sua implantação puderam desenvolver melhor seus trabalhos no âmbito do matriciamento. Isso mostra que, para esses profissionais, pode haver uma continuidade no trabalho a longo prazo, o que favorece bons resultados.

Ou seja, dentro dessas equipes é certo que cada um tem o seu papel e sua especialidade, porém, é preciso que haja um comprometimento com a integralidade dos usuários. Tal fato questiona a fragmentação e traz à tona uma discussão, que remete ao debate realizado na subseção 5.3 deste trabalho, onde se aborda vários assuntos entre eles, a formação, as estruturas, as atividades realizadas e os participantes.

O Apoio Matricial é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde. Utiliza, além dos conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, o referencial da interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas (CASTRO; CAMPOS, 2015).

Pôde-se visualizar também a existência marcante de ações que colocam o trabalho do PEF nos NASF como sendo prioritariamente relacionadas a atividades fragmentadas, em uma perspectiva centrada na visão biomédica da educação física, onde se enxergava apenas alternativas 'curativas' nas práticas realizadas pelos PEF. A intenção não é afirmar a inexistência total de ações compartilhadas, mas sim reforçar a necessidade de se ter melhorias na realização dessas ações para que elas possam ser desenvolvidas com a população de forma que esta seja mais ouvida, que

tenha opção de escolha e voz ativa e que os grupos de profissionais possam trabalhar em conjunto, trazendo mais benefícios para os usuários.

Essa proposta tende a romper com a realidade que se tem observado atualmente, onde os profissionais chegam aos grupos com atividades prontas e inalteráveis. O que se espera é o que já foi dito anteriormente: que a população possa ter voz e que o planejamento das atividades em conjunto seja revisto, mostrando a importância do trabalho em equipe.

5.4.3 Tema: Clínica ampliada no campo

Assim como outros tópicos, a clínica ampliada também já foi discutida no primeiro capítulo deste trabalho, porém, traz-se aqui uma ampliação dessa discussão, relacionada diretamente aos resultados encontrados na análise dos dados dos artigos investigados. Dos 16 artigos analisados seis falam sobre a clínica ampliada, os de número: 2, 8, 9, 10, 11 e 12, embora tenham sido localizados através da busca pelos termos 'coletivo' e 'projeto'.

De acordo com Campos e Domitti (2007),

A clínica ampliada considera fundamental ampliar o “objeto de trabalho” da clínica. Em geral, o objeto de trabalho indica o encargo, aquilo sobre o que aquela prática se responsabiliza. A Medicina tradicional se encarrega do tratamento de doenças; para a clínica ampliada, haveria necessidade de se ampliar esse objeto, agregando a ele, além das doenças, também problemas de saúde (situações que ampliam o risco ou vulnerabilidade das pessoas). (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 852).

Assim, pode-se compreender que, de fato, a união das equipes em busca de alternativas que favoreçam a saúde da população é de extrema importância e não se pode simplesmente ignorar isso. Pois o que se sabe sobre o conceito de clínica ampliada é que ela deve romper com este aspecto puramente clínico-assistencialista, medicamentoso e curativo, evoluindo para uma visão mais ampliada de saúde, no qual a perspectiva técnico-pedagógica venha fazer parte das ações dos profissionais inseridos no sistema de saúde brasileiro, uma vez que o trabalho em conjunto ou em parceria entre os profissionais pode apresentar um resultado mais satisfatório para a população.

Nesse sentido, afirma-se, com base nos artigos que serviram de base para a pesquisa ora apresentada, que há uma grande defasagem relacionada à união entre

as equipes que compartilhavam objetivos em comum com o PEF, que no caso seria a ampliação nas estratégias de atenção à população de um determinado município brasileiro e em um determinado território adstrito.

Inclusive, em suas ponderações, Orué *et al.* (2018, p. 9) se posicionam referente a essa 'defasagem', porém, de uma forma geral, averiguando que as condições de trabalho que os profissionais da saúde enfrentam são frequentemente vivenciadas no cotidiano dos NASF, pois convivem diariamente com a precariedade no trabalho, impossibilitando, inclusive, os deslocamentos das equipes que desenvolvem ações intersetoriais, como as visitas domiciliares, por exemplo. Tudo isso por falta de organização, comunicação, união das equipes e apoio da gestão.

Além disso, foi possível visualizar um avanço nas ações dos PEF dentro das atividades do NASF, no qual verificou-se que existe uma complexidade entre os agentes que ali estão inseridos e que buscam por uma melhora nas condições ampliadas de saúde, não apenas em uma perspectiva da melhora física, que infelizmente tem se denominado como saúde, mas com um olhar mais direcionado para o bem-estar físico, mental e social do indivíduo como um todo.

Em síntese, reforçando o que foi dito sobre a união do trabalho, o que se percebe é que este precisa ser desenvolvido no NASF, apontando sempre para o viés da união, ou seja, dos profissionais estarem preparados e sempre dispostos a trabalhar juntos para que o trabalho alcance o objetivo final.

Foi possível verificar argumentos que vão na contramão do que foi encontrado nos artigos, onde os trabalhos investigados mostram, em vários momentos, que a realização das atividades dos PFE nos NASF ainda se mantém individualizada ou, em raros os casos, são vistas ações nas quais os profissionais trabalham juntos. Portanto, subentende-se que os profissionais da saúde, de uma forma geral, devem estar engajados, especializados e prontos para atender as famílias, porém, não somente no que diz respeito ao viés clínico, hospitalocêntrico e biomédico, que se importam somente com a parte fisiológica do indivíduo.

Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012) (12) apontam que:

O perfil dos profissionais da rede de Atenção Básica, entre os quais o da educação Física, devem contemplar posturas que superem a perspectiva individualizante e fragmentária que tradicionalmente abordam os modos de viver, colocando os sujeitos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças e arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012, p. 87).

E é sobre este aspecto, e estando de acordo com os autores supracitados, que se vê a necessidade da utilização de metodologias que não sejam fragmentadas, que tenham, como foco, o trabalho de forma diferenciada e coletiva, abandonando os processos individualizantes e as propostas de trabalho que visam somente tratar o indivíduo de forma clínica. É importante utilizar estudos, discussões de casos, situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimentos em conjunto que construam uma rede de cuidados visando o aprendizado coletivo. E essa é a proposta que se quer mostrar com esta pesquisa, ou seja, o rompimento com os preceitos citados.

Durante a realização dessa pesquisa se buscou relacionar os núcleos profissionais da educação física dentro dos NASF brasileiros a partir dos artigos investigados e, com isso, percebeu-se que havia um distanciamento grande entre a teoria relacionada à clínica ampliada e as ações desenvolvidas pelos PEF.

Percebeu-se ainda que, mesmo com os avanços descritos por Antunes *et al.* (2020) e por Andrade *et al.* (2020), dispostos nos capítulos 5 e 7 do livro dos 40 anos do CBCE – onde apontam que houve um aumento significativo de publicações relacionadas às concepções sócios-pedagógicas da educação física –, ainda há uma unanimidade em publicações relacionadas à perspectiva biomédica da educação física. Após a análise inicial e a profunda dos artigos selecionados, concorda-se com os autores supracitados de que ainda há a perspectiva biomédica atingindo um patamar maior dentro das publicações onde o PEF está aliado à saúde.

Assim, afirma-se que há ações e preocupações dos PEF inseridos nos NASF com relação à formação, às estruturas, quanto aos equipamentos, as atividades desenvolvidas e, sobretudo, ao público para os quais se destinam suas atividades, visando trazer melhores resultados orgânicos e fisiológicos para os usuários, ou seja, para que a parte física seja solucionada, a partir das práticas realizadas pelos PEF; porém, tudo isso ainda se encontra preso a uma visão biomédica e curativa.

Nesse sentido, considera-se que ainda há muito a ser feito pelos profissionais da saúde pública brasileira, entre eles também os PEF inseridos na saúde, no que diz respeito às práticas realizadas por esses profissionais em diferentes campos de atuação, entre eles, o NASF. Nesse sentido, Souza e Loch (2011) também criticam, em seus estudos, a existência de um distanciamento do trabalho da educação física com as demais áreas que atuam dentro da saúde, que são pautadas prioritariamente

por uma visão biomédica. O mesmo pensamento permeia os estudos de Oliveira e Wachs (2018) (9), que afirmam que:

Mesmo que a equipe de referência ainda seja apresentada como a responsável pelo acompanhamento longitudinal, a responsabilidade pelos casos e pelas estratégias, bem como a participação em eventuais avaliações, é apresentada como co-responsabilidade dos apoiadores matriciais. Para que isso se operacionalize, é necessário romper com práticas verticais e medicalizantes, abrindo espaço para relações mais dialógicas. (OLIVEIRA; WACHS, 2018,).

E é justamente essa visão individualizada e biomédica que é necessário romper para que se possa ter, na realidade, aquilo que vem sendo mencionado nas diretrizes e leis desde o surgimento do SUS, em 1990, até os dias atuais. A partir dessa análise se compreende a necessidade de incentivos relacionados à real implantação de estratégias que rompam com as perspectivas médicas, ou seja, com as ações puramente clínicas no NASF e das atividades de práticas corporais inseridas pelos PEF dentro do SUS.

5.4.4 Tema: Projeto terapêutico singular (PTS) ou PT Coletivo no campo

A partir daqui traz-se o que foi identificado, nos artigos investigados, sobre o Projeto Terapêutico Singular. Fez-se a busca utilizando a palavra-chave 'terapêutica singular' e a temática não foi localizada em nenhum dos 16 artigos analisados.

Assim, inicia-se, a partir de Brasil (2007), explicando que projeto terapêutico singular pode ser compreendido como sendo:

[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente, é dedicado a situações mais complexas. Em verdade, é uma variação da discussão de "caso clínico". (BRASIL, 2007, p. 198).

Para Guarda *et al.* (2014, p. 33) (8) “[...] as ações articuladas com a rede de saúde, como estímulo às práticas corporais, atividades educativas para grupos especiais e ações compartilhadas alteram positivamente a saúde do indivíduo e por isso são relevantes”. Ou seja, quando as ações são compartilhadas, o atendimento, aos usuários que necessitam do SUS, é completo e humanizado. Mas, para que haja esse tipo de atendimento é necessário que se diminua a fragmentação das ações, ou

seja, o trabalho uniprofissional também é necessário, mas não pode ser o único meio para se pensar em sua prática.

Viu-se, dentre os resultados encontrados nos trabalhos investigados, que as ações realizadas pelos PEF nos NASF, de acordo com a literatura atual, vêm na contramão do que é visto nas diretrizes dos NASF e nas políticas públicas de saúde no Brasil, ou seja, os trabalhos realizados pelas equipes dos núcleos e dos PEF ainda continuam fragmentados, isolados. Assim, vê-se a necessidade de romper com essa perspectiva de trabalho, no qual cada um é responsável apenas por suas ações.

Assim, é preciso que os trabalhos realizados nos NASF deixem de ser divididos entre os centrados no núcleo profissional ou centrados no campo da saúde, ou seja, tem-se que perceber que, dentro do trabalho realizado pelos PEF nos NASF é necessário que haja atividades de ambos aspectos; e é preciso ter o usuário como o foco principal das ações, não a profissão, porque tendo o usuário como foco as equipes trabalharão em conjunto por categorias profissionais ou equipe profissional interdisciplinar, visando, assim, uma melhoria de suas ações no sentido de trazer benefícios para os usuários.

De acordo com Bonfim (2012) (11), apenas alguns profissionais se dispõem a trabalhar de modo compartilhado com os PEF, demonstrando que há uma dificuldade, daqueles, em ter a companhia de outros profissionais da equipe em suas ações. Para este autor,

42,9% dos professores de educação física afirmaram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como o profissional que melhor contribui para a execução de seu trabalho, 42,9% disse serem os nutricionistas e 14,9% falaram que o profissional fisioterapeuta melhor contribui para o seu trabalho dentro do NASFS. (BONFIM, 2012, p. 155).

Quanto à construção compartilhada e aos projetos terapêuticos singulares, é importante usar como registro o que abordam Guarda *et al.* (2014) (8):

Embora parte das atividades físicas/práticas corporais do NASF sejam desenvolvidas em parceria com as Equipes de Saúde da Família e do NASF, os profissionais de Educação Física que nele atuam relatam dificuldades de articular ações e de organizar processos de trabalho com as demais categorias da saúde. Isso de certa forma compromete a efetivação do princípio da integralidade e a utilização das ferramentas de apoio do NASF como clínica ampliada, projetos terapêuticos singulares e de saúde do território (GUARDA *et al.*, 2014, p. 58).

Com relação à construção compartilhada de ações em saúde, vale ressaltar que não é somente a união dos profissionais que auxiliará neste processo, mas também a do próprio usuário, que precisa ser um agente dos seus próprios desejos, de forma a dar voz às condições de saúde que lhe são oferecidas dentro do seu território.

Assim, verifica-se, de acordo com Ferreira *et al.* (2016) (1), que as ações realizadas dentro do campo podem ser vistas, nos resultados, como estratégias que auxiliam no desenvolvimento de prática nos trabalhos em conjunto dentro do NASF. A respeito disso, estes autores dizem que:

[...] os sujeitos ressaltaram as reuniões em equipe, as visitas domiciliares, as relações interpessoais, o compartilhamento de atividades, articulação com a comunidade/rede de serviço e o matriciamento, o cumprimento de metas de outras equipes do SUS e a quebra de preconceitos. (FERREIRA, *et al.*, 2016, p. 88).

Assim também apontam Oliveira e Wachs (2018) (9) quando afirmam que os usuários se colocam como coparticipantes da construção e da gestão de seus projetos terapêuticos, ou seja, que também é preciso ouvir os usuários, suas queixas, suas dificuldades, o que eles necessitam e se a equipe pode ajudar. Muitas vezes, é nesse momento que precisa existir uma equipe que trabalha junto e que compartilha as ações para que possam auxiliar aquele determinado usuário/comunidade.

O mesmo fato é julgado como positivo para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), que em suas orientações atenta para o fato de os profissionais do NASF assumirem uma postura que favoreça os processos de construção contínua, superando a lógica fragmentada da saúde nas redes de atenção e cuidado. O que, mais uma vez, reforça a divergência entre o que a legislação defende e o que as pesquisas revelam, pois o que se viu, a partir dos artigos analisados, é a dificuldade na realização de projetos em parceria com outros profissionais do NASF. Acerca disso, Furtado e Knuth (2015) (3) afirmam que:

Tendo por base o NASFS estudado, pode-se apontar que a EF opera muito articulada às vertentes adotadas pelo trabalhador que está à frente das ações. Esta potencialidade pode gerar conflitos, já que os demais núcleos profissionais da saúde têm no modelo biomédico sua sustentação e intervenção histórica. Não se descarta que também a EF possa operar nestas bases, a partir de referenciais e de abordagem prioritariamente clínica. (FURTADO; KNUTH, 2015, p. 522).

Neste âmbito, como princípio do SUS, além de tentar primar sempre pela integralidade nos trabalhos oferecidos pelo PEF nos locais onde trabalha, há também outras peculiaridades em sua área de atuação e em suas intervenções que, para que ocorram, é essencial que haja realmente uma integralidade nos atendimentos, bem como apoio dos profissionais enquanto equipe. E, o mais importante de tudo isso, que visem o bem-estar do indivíduo ao qual o profissional está atendendo no campo da saúde. Ali não deve ser um local de disputas, mas sim de companheirismo e troca de conhecimentos, em que ocorra de fato a terapêutica singular.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se, com a pesquisa que aqui se apresenta, responder à questão norteadora: O que revela a produção científica relacionada à educação física no NASF, no período de 2010 a 2020, dentro dos bancos de dados Lilacs, Scielo e BVS, considerando as possibilidades de intervenção centradas no núcleo profissional da EF e do campo e, do mesmo modo, as dimensões clínico-assistenciais e técnico-pedagógicas?, tendo, como objetivo geral, verificar a produção científica relacionada à educação física no NASF no período de 2010 a 2020, considerando as dimensões e possibilidades de intervenção centradas no núcleo profissional da EF e do campo, e, como objetivos específicos: a) identificar os principais elementos técnicos e metodológicos da produção científica relacionada à educação física no NASF no período de 2010 a 2020; e b) analisar a produção científica a partir das categorias núcleo profissional da EF e do campo.

Antes de iniciar a explanação sobre os achados da pesquisa, não se pode deixar de trazer a lembrança de que o núcleo profissional da educação física entrou de forma tardia dentro da saúde brasileira e, com isso, pode-se considerar que a EF é 'um estranho no ninho'. Ou seja, o núcleo profissional de educação física, desde o início, passou por grandes desafios, com lutas e disputas constantes para que seus agentes fossem incorporados ao campo.

E, assim, esses agentes que estão inseridos no campo necessitam realizar ações que tragam as respostas necessárias, ou seja, esperadas pela população. Em outras palavras, pode-se dizer que os profissionais de educação física inseridos no SUS necessitam realizar ações que possam trazer os resultados que a população precisa, não exclusivamente em ações isoladas, mesmo estando cientes que elas existem, mas também é de suma importância que se tenha um novo olhar para as novas condições de vida da população assistidas pelo NASF e pelos PEF.

Assim, afirmo que essa dissertação me proporcionou um avanço significativo no que diz respeito à minha formação, a qual modificou meu modo de pensar e agir desde o meu ingresso no PPGEF-UFG até a minha defesa. Hoje sou capaz de realizar uma reflexão mais aprofundada sobre o trabalho do PEF nos espaços de intervenção profissional da saúde pública, o SUS.

Este trabalho, a partir do mapeamento das informações coletadas nos artigos investigados, proporcionou compreender, de maneira significativa, mas sem esgotar

o tema, o que tem sido discutido em relação à temática da pesquisa, alargando meus conhecimentos.

Inicialmente, foram expostas as características técnicas e metodológicas dos artigos pesquisados, os quais apontam para a resposta de que a maioria deles utilizou a abordagem qualitativa (13 artigos). O tipo de coleta de dados mais utilizado foi a entrevista semiestruturada. E, para análise dos dados, tem-se que, dos 16 artigos pesquisados, 13 deles utilizaram a análise de conteúdo para essa finalidade.

Nos bancos de dados investigados se vê que os periódicos que mais publicaram artigos sobre essa temática foram a Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde (nove artigos) e a Revista Movimentos (dois artigos). Sendo que a RBAFS tem, em seu processo histórico, um enraizamento na perspectiva biomédica em saúde nos seus primeiros anos de publicações, com avanço de pesquisas relacionadas aos determinantes sociais da saúde. A mesma tem se desenvolvido com publicações na linha sociocultural e pedagógica da educação física, em artigos de vários autores de diversas regiões do País.

A priori os artigos foram analisados a partir de duas categorias: 'núcleo profissional da educação física' e 'campo'. Sendo que a primeira está relacionada diretamente com ações que os EF nos NASF realizam; e a segunda engloba o contexto em que esses profissionais são inseridos em um campo, ou seja, em uma equipe multiprofissional, envolvendo desde o trabalho interdisciplinar e o apoio matricial entre outros aspectos.

Quanto à primeira categoria, 'núcleo profissional da educação física', observou-se, durante as análises dos artigos, que a temática formação dos PEF dentro dos NASF foi um tema recorrente, demonstrando, nos resultados apontados, que há a necessidade de uma melhora significativa da formação inicial, além da necessidade de se ter políticas educacionais que busquem, para dentro das formações, incentivos permanentes, não só para o curso de educação física mas para as formações em geral no País.

Não se pode deixar de destacar que, entre os artigos pesquisados, há aqueles que realizam um debate amplo sobre a necessidade de acréscimo de disciplinas nos cursos de educação física voltados para a saúde. Mas sabe-se que apenas acrescentar disciplinas dentro de uma grade de uma formação não é suficiente para que um núcleo profissional traga maior resolutividade para a população, ou seja, é preciso pensar que a educação física, desde seu processo histórico, está em

passando por um processo de lutas e disputas por legitimação, tanto nos campos escolares como também agora, mesmo que tardio, na saúde brasileira.

Importante mencionar a existência de várias ações exitosas que realizam projetos e programas desenvolvidos na saúde em diferentes lugares, relacionado a formação em saúde inclusiva por estudantes de EF nas equipes multiprofissionais dos serviços do SUS e também a preocupação com a formação inicial a partir de uma perspectiva multiprofissional, que é evidenciada por diversos autores.

Como por Carvalho (2001), que coloca o trabalho interdisciplinar como sendo uma

[...] relação que ainda carrega traços do modelo mecanicista, no qual a saúde está pautada nas Ciências Naturais e o corpo é visto de forma fragmentada e destituído de subjetividade, que podem ser percebidos tanto nos âmbitos da formação e da pesquisa como no da intervenção. Todavia, o saber requerido do profissional é cada vez mais interdisciplinar e suas funções dizem respeito também à questão da administração e gestão do trabalho, além da perspectiva técnica. (CARVALHO, 2001).

E Neves e Martinez (2015), que apontam a necessidade de uma formação inicial que traga à tona experiências de trabalho multiprofissional e interdisciplinar que relacionem ensino, serviço e comunidade. De acordo com os autores,

[...] a participação da população nas decisões e políticas, inclusive nos conselhos de saúde, em todas as suas esferas, é um desafio que deve ser assumido pelas UABS de todo o país, como forma de transformar a realidade para atender as necessidades da população e resistir às formas de imposição do “Estado Mínimo” que marcam as decisões políticas em saúde no Brasil. (NEVES; MARTINEZ, 2015, p. 14).

Observou-se ainda, na categoria núcleo profissional da EF, em relação às práticas realizadas pelos PEF nos NASF, que essas foram o foco de reclamações e críticas em relação às estruturas desenvolvidas.

Mas não se pode deixar de mencionar que, com a implantação dos polos da academia da saúde, esse relato sobre estrutura tende a diminuir, ou pelo menos deveria ter sido diminuído, pois o PAC veio com a missão de incentivo governamental para a criação de espaços adequados para a realização das práticas corporais e para a compra de equipamentos visando ajudar a sanar essa crítica encontrada nos artigos investigados.

Quanto os sujeitos das práticas, a maioria é composta por pessoas com DCNT envolvidas em atividades físicas, que visam esse tratamento e estão focadas na dimensão orgânica. Assim, percebe-se que, nas ações realizadas pelos PEF atuantes nos NASF, essas evidências apontam que as atividades desenvolvidas por estes profissionais pouco têm se diferenciado dos modelos de intervenção tradicionais, mostrando um viés mais pautado na proposta biomédica de saúde do que no modelo orientado pela perspectiva de saúde coletiva, que se pauta na determinação social da saúde.

Nesse contexto, as atividades físicas são vistas como meros remédios 'preventivos' ou 'curativos' para diversas patologias dos praticantes inseridos nos grupos dos NASF em que o PEF trabalha, que são compostos, em sua maioria, por mulheres e idosos, os quais, geralmente, possuem um ou mais tipos de patologias, como hipertensão e diabetes.

Também não se pode ser extremista ou tapar os olhos sobre a necessidade de ações dentro do NASF para a população já adoecida, pois são de suma importância as ações realizadas pelos PEF e demais profissionais do núcleo, de modo que, assim, se possa levar, à população doente, condições para que tenha um novo modo de vida. Condições tais que não seriam possíveis sem as ações realizadas pelo SUS. Ainda há muito a se fazer para que a mudança de atitude desses profissionais junto à equipe multidisciplinar realmente seja alterada e, assim, possam trazer os resultados esperados pela população onde o NASF está inserido.

Quanto à segunda categoria de análise, 'campo', analisou-se como os autores lidam com os temas relacionados aos trabalhos interdisciplinares, apoio matricial, clínica ampliada e, por fim, o projeto terapêutico singular. Os autores apontam que a atuação dos PEF nos NASF ainda está centrada na perspectiva individualizante e uniprofissional, indo na contramão das diretrizes do NASF, que tem o trabalho em equipe e a integralidade como diretrizes centrais de suas ações. Esse modelo de atuação se pauta pela não existência de troca de conhecimentos, saberes e fazeres entre os diferentes profissionais visando melhorar as ações para a comunidade do território onde a equipe do NASF se encontra inserida.

Percebeu-se, pelos artigos, que há a necessidade de diminuir as ações realizadas em trabalhos individuais ou até mesmo com a visão corporativista da educação física, pois há profissionais de educação física trabalhando sozinhos dentro dos NASF. Dessa forma, indica-se e até aconselha-se que o trabalho seja realizado

por núcleo profissional, sendo que esses núcleos têm as suas estratégias comuns para a carreira e que é de suma relevância para o núcleo profissional, mesmo que os mesmos trabalhem em parceria com diversas profissões dentro do campo.

Na perspectiva de apoio matricial, clínica ampliada e do projeto terapêutico singular (PTS), detectou-se a necessidade de ampliar essa discussão entre os PEF e demais profissionais inseridos no NASF de diversas regiões do País, considerando a escassez de trabalhos nas ações da equipe interdisciplinar, pactuações. Também se faz necessário focar em estudos em que se reflita sobre o entendimento das condições de saúde e necessidades do cuidado dos sujeitos em casos específicos e complexos, pois os artigos analisados não apresentam relatos significativos que apontem nessa direção, mesmo sendo objeto central das políticas do NASF.

É relevante deixar registrado esse tipo de pesquisa para o mundo acadêmico, em especial para os profissionais da saúde e também da educação física. Nesse relatório de pesquisa, a partir da análise da produção científica investigada, em artigos coletados nos três maiores bancos de dados disponíveis gratuitamente na rede, foram reveladas as contradições de trabalho, as incertezas sobre ações a serem realizadas e a necessidade de buscar formações constantemente por autores, pesquisadores e profissionais nos NASF espalhados em várias regiões do Brasil.

Deixando de lado a perspectiva mais voltada ao pessimismo e indo para um viés mais otimista, não se pode deixar de mencionar que existem grandes avanços em ações realizadas nos NASF em parceria com vários PEF que fizeram e fazem belíssimos trabalhos com a população brasileira. Não se sabe quais são os motivos pelos quais eles ainda não foram publicados e, dessa forma, não se teve acesso às informações desses avanços atuais, porém, certamente, eles existem.

Esse estudo mostrou também que existem grandes obstáculos sociais a serem rompidos com as ações realizadas pelos PEF inseridos nos NASF. Defende-se que esses obstáculos podem ser interpostos a partir do momento em que as conjunturas políticas permitam, aos profissionais, serem agentes de mudanças sociais, podendo interferir para mudar e potencializar a intersetorialidade, que é tão necessária e pouco aplicada nos estudos ora investigados.

Entre as experiências exitosas relacionadas aos profissionais de educação física em equipes interdisciplinares menciona-se as ações realizadas no PET-Saúde, que trouxeram oportunidades de vivências para o PEF dentro da saúde, por meio de estágios e oportunidades dadas ao PEF em trabalhar dentro da AB. O que auxiliou

em mudanças curriculares significativas, de acordo com as necessidades da saúde brasileira, além de fomentar a distribuição de bolsas de estudo que podem auxiliar os alunos em seu processo de formação inicial.

Não poderia deixar de mencionar que antes de fazer este relatório de pesquisa, o qual vejo de suma importância para o campo científico, constava, no projeto inicial, um trabalho de campo que daria a oportunidade de verificar como têm sido as experiências significativas em vários municípios da região metropolitana de Goiânia, mas que, devido à pandemia de Covid-19, não foi possível realizar. Deixo aqui a minha indicação de que essa coleta possa vir a acontecer em pesquisas futuras.

Neste sentido, sugiro que esses estudos futuros se empenhem, por meio de pesquisas de campo, em reavaliar a situação da inserção da educação física na atenção básica do SUS, procurando, por meio de grupos focais, entrevistas, novas estratégias e observações, apresentar as condições da atuação e da formação do PEF na atenção básica das diferentes regiões do Brasil, em especial no estado de Goiás, que tem incluído, de forma ainda tímida, o PEF nos serviços do NASF e do SUS em geral.

Este relatório de pesquisa foi um trabalho árduo, mas que, acredito, trouxe grandes contribuições para o campo da educação física, desde um mapeamento sobre a produção científica da EF em seu local de atuação – fato importante para os PEF no SUS; e também avanços para o campo acadêmico da educação física no Centro-Oeste brasileiro – a partir de trabalhos realizados no programa de mestrado acadêmico da UFG. Como aluno da primeira turma, vejo que várias etapas tendem a evoluir significativamente com o passar dos anos. Também vejo, nesta dissertação, um pontapé inicial para pesquisas futuras, tendo ela como um suporte para a revisão de vários artigos a serem publicados a partir dela.

Vejo ainda a necessidade de que o núcleo profissional da educação física, a partir deste relatório de pesquisa, possa avançar em publicações relacionado as ações exitosas da educação física na saúde brasileira, tanto com trabalhos de coleta de dados, a partir de visitas em núcleos profissionais, como também com a realização de tempos em tempos, de pesquisas teóricas para que, assim, o ‘estado da arte’ da educação física no SUS possa estar sempre atualizado.

Deste modo, é possível afirmar que as considerações aqui feitas ainda são insuficientes para determinar a realidade da inserção da educação física na atenção

básica do SUS, porém, esta dissertação pode contribuir para trabalhos futuros com relação ao PEF no SUS em diferentes regiões do Brasil.

Assim, conclui-se esta dissertação defendendo que haja novas pesquisas e questionamentos em torno da educação física na saúde e que as suas contribuições possam levar ao aprofundamento do conhecimento dos atuais e futuros pesquisadores em sua prática científica. E assim, reafirma-se que a ciência é de suma importância para uma população que tem a educação como eixo fundamental e que, atualmente, no Brasil, tem sido afrontada pelo atual governo.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Documento preliminar de princípios básicos. *In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil***. Rio de Janeiro: 1982. p. 151-169.
- AGOSTINHO NETO, J. *et al.* Aspectos históricos das fases da educação física no Brasil e reflexões sobre a relação com o tema saúde. *In: CONGRESSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR DO CEARÁ*, 3. 2018, Fortaleza. **Anais eletrônicos** [...]. Fortaleza: UECE, 2018. Disponível em: http://uece.br/eventos/iiicongrete/anais/trabalhos_completos/505-42855-26102019-125310.pdf. Acesso em: 21 fev. 2022.
- ANTUNES, M. B. *et al.* Amamentação na primeira hora de vida: conhecimento e prática da equipe multiprofissional. **Avances em Enfermagem**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 19-29, 2020. DOI 10.15446/av.enferm.v35n1.43682. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n1/v35n1a03.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.
- ANTUNES, P. C.; NEVES, L. R.; PASQUIM, H. M. Panorama da produção científica do GTT Atividade Física e Saúde do CBCE: aproximações com a saúde pública. *In: WACHS, F.; LARA, L.; ATHAYDE, P. **Atividade física e saúde***. Natal: UFRN, 2020. (Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE, 11). p. 79-100.
- ANTUNES, R. A. A educação física no contexto escolar: trajetória e proposições pedagógicas. **Comunicações**, Piracicaba, v. 17, n. 1, p. 31-41, jan. /jun. 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/comunicacoes/article/viewFile/401/446>. Acesso em: 20 fev. 2022.
- ARAÚJO, A. L. A. de *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl., p. 611-617, abr. 2008. DOI 10.1590/S1413-81232008000700010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5XHcS9HdJmdryLsp4sc9Dnf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARDIN, L. **Analyse de contenu**. Paris: Presses Universitaires de France, 1977.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jul. 2002. DOI 10.1590/S0104-12902002000100008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 fev. 2022.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (org.). **O território e o processo saúde-doença***. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do

agente comunitário de saúde, 1). p. 25-49. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39209>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BONFIM, G. C. S. O NASF no município de Fortaleza e a intervenção do professor de educação física. **Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, n. 1, v. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://revista.fametro.com.br/index.php/RDA/article/view/19>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BORGES, S. de S. R. *et al.* Gamificação aplicada à educação: um mapeamento sistemático. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO*, 2013, Porto Alegre. **Anais eletrônicos** [...]. Porto Alegre: SBC, 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/15272641/Gamifica%C3%A7%C3%A3o_Aplicada_%C3%A0_Educa%C3%A7%C3%A3o_Um_Mapeamento_Sistem%C3%A1tico. Acesso em: 18 mar. 2022.

BOUCHARD, C. *et al.* Exercice, fitness and, helth: the consensus statement. *In: BOUCHARD, C. et al. (ed.). Exercise, fitness and health*. Champing, I. L.: Human Kinetics Boaks, 1990. p. 194-203.

BOURDIEU, P. O campo científico. *In: ORTIZ, R. (org.). Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1986. p. 122-155. (Coletânea Grandes Cientistas Sociais, 39).

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasil: Casa Civil, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS)**. Brasília: MS, 2010. (Caderno de Atenção Básica, 27).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde**. Programa Academia da Saúde. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de atenção básica: relatório de cobertura da saúde da família 2020**. Brasília: MS, 2020a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASFS**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Encontro estadual para fortalecimento da atenção básica: 10 anos de NASFS**. Teresina: MS, 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde**. Brasília: MS, 2008a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Integração atenção básica e vigilância em saúde: guia PNAB**. Brasília: MS, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf. Acesso em: 20 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 21 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASFS. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 156, n. 220, p. 97, 13 nov. 2019a. disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. 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: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html. Acesso em: 22 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: MS, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de regulação do trabalho em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município**: garantindo saúde para todos. 2. ed. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: MS, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, 39).

BRASIL. **O que significa ter saúde?** Brasília: MS, 2019b. Disponível em: <https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-exercitar-mais/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Resolução n. 7, de 31 de março de 2004. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 141, n. 82, p. 18-19, 5 abr. 2004. Disponível em: https://www.crefsc.org.br/principal/wp-content/uploads/2016/04/res_2004_0007_cne_ces.pdf. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde**. Brasília: MS, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASFS**. Brasília, 2009b.

BREILH, Jaime. Lastres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *In*: NOGUEIRA, R. P. (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125. Disponível em: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, v. 2, p. 569-584, 2013. DOI 10.1590/S1413-81232003000200018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kKSVP8p46sNFLPG43Pfbf8B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004. DOI 10.1590/S0034-71672004000500019. Disponível em: [scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 19 set. 2021.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, v. 2, p. 219-230, 2000. DOI 10.1590/S1413-81232000000200002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

CAMPOS, G. W. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. (Saúde em debate, 88).

CAMPOS, G. W.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, fev. 2007. DOI 10.1590/S0102-311X2007000200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/VkBG59Yh4g3t6n8ydjMRCQj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

CARVALHO, Y. M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/409/335>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CARVALHO, Y. M. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. *In*: LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudos sobre racionalidade médicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 88-97.

CARVALHO, Y. M. **O “mito” da atividade física e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. de. Atividade física, saúde e comunidade. **Cadernos de Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 489-506, jul./set. 2006. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_3/artigos/yara_fabiana.pdf. Acesso em: 18 mar. 2022.

CASTELLANI FILHO, L. **Metodologia do ensino de educação física**. 2. ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

CASTRO, C. P.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 455-481, 2015. DOI 10.1590/S0103-73312016000200007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/XpnFPRvjFG3GpdQRLKHnBGF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Capinas, 2009.

CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 101-143.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DESSBESELL, G.; CABALLERO, R. M. da S. **Educação física, currículo e formação para o campo da saúde**: alguns movimentos possíveis. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016.

DIAS, A. S.; SILVA, J. A. da. **Clínica ampliada e apoio matricial**. 2. ed. Natal: UFRN, 2018. (Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, 4).

ESPÍRITO-SANTO, G. do *et al.* **Dossiê das práticas corporais no SUS**: discursos nas produções científicas. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31803/2/renata_veloso_vasconcelos_de.pdf f. Acesso em: 18 mar. 2022.

FERREIRA, H. S.; SAMPAIO, J. J. C. Tendências e abordagens pedagógicas da Educação Física escolar e suas interfaces com a saúde. **EFDeportes: Revista Digital**, Buenos Aires, v. 18, n. 182, jul. 2013. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd182/tendencias-pedagogicas-da-educacao-fisica-escolar.htm>. Acesso em: 19 set. 2019.

FERREIRA, T. *et al.* A inserção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 228-236, 2016. DOI 10.12820/rbafs.v.21n3p228-236. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5703/6025>. Acesso em: 12 fev. 2022.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde**: apoio Paidéia e formação. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2012. DOI 10.47749/T/UNICAMP.2012.863359. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/863359?guid=1651277894545&returnUrl=%2fresultado%2flistar%3fguid%3d1651277894545%26quantidadePaginas%3d1%26codigoRegistro%3d863359%23863359&i=1>. Acesso em: 18 fev. 2022.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78-80, p. 143-149, jan./dez. 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341773014.pdf>. Acesso em: 19 set. 2019.

FONSECA, A. F. (org.) **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2002. (Coleção Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde).

FREITAS, J. L.; BUFREM, L. S. O ensino da metodologia científica: repercussões na produção científica em Ciência da Informação. *In*: CETAC.MEDIA; Universidad de León (org.). **Globalização, ciência, informação**: atas. 1. ed. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/69677>. Acesso em: 17 mar. 2022.

FREITAS, S. F. S. **Educação física e SUS**: indicadores da formação e atuação profissional. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de

Goiás, Jataí, 2018. Disponível em:

<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/8880>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FREITAS, W. S.; CARVALHO, Y. M. de; MENDES, V. M. Educação física e saúde: aproximações com a "Clínica Ampliada". **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 639-656, jul./set. 2013. DOI 10.1590/S0101-32892013000300009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbce/a/DNtmZcwBqRgzDnLqgM7ThyF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2021.

FURTADO, G.; KNUTH, A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 20, n. 5, p. 514-523, 1º de setembro de 2015. DOI 10.12820/rbafs.v.20n5p514. Disponível em:

<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5460/5170>. Acesso em: 19 set. 2021.

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. A saúde na política nacional de desenvolvimento um novo olhar sobre os desafios da saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; IPEA; Ministério da Saúde, 2012. v. 1. p. 103-132.

GUARDA, F. *et al.* A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 2, p. 265-270, mar. 2014. DOI 10.12820/rbafs.v.19n2p265. Disponível em:

<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/2756>. Acesso em: 19 set. 2021.

GUEDES, D. P; GUEDES, J. E. R. P. Associação entre variáveis do aspecto morfológico e desempenho motor em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 2, n. 10, p. 99-112, 1996.

GUEDES, J. S. SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, Edição Especial, p. 30-32, out. 2008. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1048923/bis-20-anos-do-sus-out-2008-ed-esp-30-32.pdf>. Acesso em: 19 set. 2021.

HALLAL, P. C. *et al.* Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 453-460, 2007. DOI 10.1590/S0034-89102007000300018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/5QFzjTgWB8kwTmNJcNXhXYd/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

HARZHEIM, E. *et al.* Novo financiamento para uma nova atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1361-1374, 2020. DOI 10.1590/1413-81232020254.35062019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/hqrbGPVd3vjDDbQ67WygLdQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

KLOETZEL, K. *et al.* G. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14., n. 3, p. 623-628, jul./set. 1998. DOI 10.1590/S0102-311X1998000300020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZWHPf6Ww5h4BrFnTNhCN5hm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino Americana de Salud**, México, 2, 1982, p. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2343405/mod_resource/content/1/LAUREL00.PDF. Acesso em: 20 set. 2021.

LAZAROTTI FILHO, A. *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**: Revista de Educação Física da UFRGS, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 65, 2010. DOI 10.22456/1982-8918.9000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/9000/7513>. Acesso em: 20 set. 2021.

LAZZAROTTI FILHO, A.; SILVA, A. M.; MASCARENHAS, F. Transformações contemporâneas do campo acadêmico-científico da educação Física no Brasil: novos *habitus*, *modus operandi* e objetos de disputa. **Movimento**: Revista de Educação Física da UFRGS, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 67-80, 2014. DOI 10.22456/1982-8918.48280. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/48280/32814>. Acesso em: 20 set. 2021.

MARTINEZ, J. F. N. **Educação física e saúde pública**: a inserção do profissional de educação física em um núcleo de apoio à saúde da família (Goiânia/GO). 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/3552>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, A. M.; SILVA, M. S. Contribuições do trabalho do professor de educação física ao NASFS em Goiânia/GO. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 19.; CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, 6., 2015, Vitória. **Anais eletrônicos** [...]. Vitória, 2015. Disponível em: <http://congressos.cbce.org.br/index.php/conbrace2015/6conice/paper/viewFile/7834/3791>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MARTINEZ, J. F.; SILVA, A. M.; SILVA, M. S. As diretrizes do NASF e a presença do profissional em educação física. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 26, n. 42, p. 222-237, jun. 2014. DOI 10.5007/2175-8042.2014v26n42p207. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2014v26n42p207/27277>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, M. S.; SILVA, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais e gestores. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 95,106, jul./sep. 2016. DOI 10.1590/0103-1104201611007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/cTxxbhXpNXJ3w6nj8JNgSSf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 ago. 2021.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 5-18, 2001. DOI 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MENDES, M. I. B. S. Mudanças de Horizonte no GTT Atividade Física e Saúde: reflexões sobre o sistema único de saúde. *In*: WACHS, F.; LARA, L.; ATHAYDE, P. **Atividade física e saúde**. Natal: UFRN, 2020. (Ciências do Esporte, Educação Física e Produção do Conhecimento em 40 Anos de CBCE, 11). p. 90-98.

MENDONÇA, M. H. M. A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, out. 2012. DOI 10.5935/0103-1104.2014S003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xyFtnVSD4MgBWxfv8NDYXSS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2021.

MENDONÇA, S. de S.; ALBUQUERQUE, E. C. de. Perfil das interações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 463-474, jul./set. 2008. DOI 10.5123/S1679-49742014000300009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/8pdYTFwxRkVqW7gs7rDqX9B/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 maio 2021.

MESQUITA, Zilá. Do território à consciência territorial. *In*: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R. (org.). **Territórios do cotidiano**: uma introdução a novos olhares e experiências. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS; Ed. Universidade de Santa Cruz do Sul/UNISC, 1995. p. 76-92.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. DOI 10.7476/9788575413807. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/y9sxc>. Acesso em: 23 maio 2021.

MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S. A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, [s. l.], v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/y9sxc>. Acesso em: 23 maio 2021.

MORINEL, I. C. **O papel do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASFS-AB), seus processos de trabalho e matriciamento, na visão dos**

profissionais das equipes de saúde da família. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/196897/001094868.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 23 set. 2021.

NAHAS, Markus Vinícius; GARCIA, Leandro Martin Totaro. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 135-148, jan./mar. 1997. DOI 10.1590/S1807-55092010000100012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbefe/a/j5ZDLF8Wq8DXXSLxMjzmfqD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2021.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: análise do processo de trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-20, 2019. DOI 10.1590/1981-7746-sol00194. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/tWS99FwJwhn55N9jGLSNDhR/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2021.

NEVES, R. L. R. **A busca pela legitimação da educação física na saúde pública em Goiânia-GO:** evidências e percepções. 2015. Tese (Doutorado em Educação Física) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <https://old.cev.org.br/arquivo/biblioteca/4031852.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

NEVES, R. L. R.; MARTINEZ, J. N. O PET- Saúde na atenção básica em Goiânia/GO: um relato de experiência. *In*: KOOPSMANS, F.; ESPÍRITO-SANTO, G. do. (org.). **Saúde da família:** experiências e diversidade no território. 1. ed. Rio de Janeiro: UNISUAM, 2015. v. 1. p. 170-195.

OLIVEIRA, B. N.; WACHS, F. Educação física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial. **Movimento:** Revista de Educação Física da UFRGS, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 173-186, 2018. DOI 10.22456/1982-8918.69965. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/69965>. Acesso em: 2 maio 2021.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde.** 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007. DOI 10.47749/T/UNICAMP.2007.409274. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/acervo/detalhe/409274?guid=1651514608981&returnUrl=%2fresultado%2flistar%3fguid%3d1651514608981%26quantidadePaginas%3d1%26codigoRegistro%3d409274%23409274&i=1>. Acesso em: 23 set. 2021.

OLIVEIRA, M. M; CAMPOS, G. W. Formação para o apoio matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. **Physis:** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 187-206, 2017. DOI 10.1590/S0103-73312017000200002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/pnCPdtDKdTjTHLvzgQ8kkrs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.

OLIVEIRA, R. C. Educação física, saúde e formação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280302, 2018. DOI 10.1590/S0103-73312018280302. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/YdhJpw5hYjL6rmYPdZYcXMx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2021.

ORUÉ, A. L. *et al.* Núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica: revisão integrativa da literatura. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 159-177, 2018. DOI 10.18310/2446-4813.2018v4n3p%25p. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2245>. Acesso em: 18 set. 2021.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F. A medicina integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1801-1811, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9QPwFdccDdPTSb633rbJVbq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

PACHECO, R. S.; SOARES, M. C. L. B. A atuação do profissional de educação física em equipes multidisciplinares da saúde pública e privada. **Ensaio e Diálogos**, Rio Claro, v. 9, n. 1, p. 139-158, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://intranet.redeclaretiano.edu.br/download?caminho=/upload/cms/revista/sumarios/517.pdf&arquivo=sumario6.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998. DOI 10.1590/S0034-89101998000400001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PDRmKQr7vRTRqRjtSgSdw7y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 dez. 2021.

PALMA, Alexandre de. Educação física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 23-39, 2001. Disponível em: <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/410/0>. Acesso em: 16 jan. 2022.

PASQUIM, H. M.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/289>. Acesso em: 16 dez. 2021.

PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F. A inserção do profissional de educação física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Movimento: Revista**

de Educação Física da UFRGS, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 235-253, abr./jun. 2012. DOI 10.22456/1982-8918.26461. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/26461/19063>. Acesso em: 16 jan. 2022.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun. 2006. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16847/9274>. Acesso em: 16 mar. 2021.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2003. p. 39-64.

PINTO, B. K. *et al.* Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 4, p. 487-493, dez. 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/v16n4a02.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.

POLAKIEWICZ, R. Educação permanente e continuada em tempos de pandemia. **PEBMED**, [s. l.], 9 mar. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/educacao-permanente-e-continuada-em-tempos-de-pandemia/#:~:text=%C3%89%20uma%20estrat%C3%A9gia%20de%20melhoria,das%20ci%C3%A2ncias%20relacionadas%20%C3%A0%20profiss%C3%A3o>. Acesso em: 20 abr. 2022.

REIS, C. E. G.; VASCONCELOS, I. A. L.; BARROS, J. F. N. Políticas Públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 625-633, 2014. DOI 10.1590/S0103-05822011000400024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/8KSy3yMP9DV6ZCc6Z5gmktD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 fev. 2021.

REIS, S.; MENESES, S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o NASFs-AB. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, 12 fev. 2020. Disponível em: <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>. Acesso em: 16 abr. 2021.

RIBEIRO, P. T. **A instituição do campo científico da saúde coletiva no Brasil: 1975-1978**. 1991. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1991.

RODRIGUES, J. *et al.* Perfil e atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa-PB. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 352-365, jul. 2015. DOI 10.12820/rbafs.v.20n4p352. Disponível em: <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/5098>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ROMERO, A. *et al.* Interventions by physical education professionals in family health support units in São Paulo (Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em São Paulo). **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 55-66, 2016. DOI 10.12820/rbafs.v.21n1p55-66. Disponível em: <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/6535/5529>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005. DOI 10.1590/S0104-11692005000600016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FQGXM7s89ZQtmJHHXMgSYyg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SÁ, G. B. A. R. de *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849-1859, 2016. DOI 10.1590/1413-81232015216.09562016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GKJqmfSpNC3kxb9PbyL3Gqf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021.

SANTIAGO, R. F. *et al.* Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 35-44, 2013. DOI 10.1590/S1413-81232013000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RhvJ6KHWZSwSPfxNwt3cnhB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, 2015. DOI 10.1590/1413-81232017224.26392016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7M3PKSBdctVSpkvJTYy5Rdz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SANTOS, S. *et al.* Apoio matricial e a atuação do profissional de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 54-65, 2017. DOI 10.12820/rbafs.v.22n1p54-65. Disponível em: <https://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/8234/pdf>. Acesso em: 17 nov. 2021.

SANTOS, S. F. da S. dos *et al.* The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASFS): a national survey (Atuação do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: um levantamento nacional). **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 17, n. 6, p. 693-703, 2015. DOI 10.5007/1980-0037.2015v17n6p693. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcdh/a/zj5HK448xQrz8XpqTjCDb7Q/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SANTOS, S. F. da S. dos; BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física.

Revista Brasileira Atividade Física & Saúde, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 188-194, jun. 2012. DOI 10.12820/rbafs.v.17n3p188-194. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1857/1697>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SCABAR, T. G; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASFS. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012. Disponível em: <https://repositorio.unip.br/journal-of-the-health-sciences-institute-revista-do-instituto-de-ciencias-da-saude/atuacao-do-profissional-de-educacao-fisica-no-sistema-unico-de-saude-uma-analise-a-partir-da-politica-nacional-de-promocao-da-saude-e-das-diretrizes-do-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-na/>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T. de; CALVO, M. C. M. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 603-614, mar. 2010. DOI 10.1590/S0102-311X2010000300017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mz9vWxhgCP3JSmQ9Vm66vjP/?lang=pt>. Acesso em: 13 fev. 2021.

SCHUH, L. X. *et al.* A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família. **Saúde**, Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 29-36, jan./jul. 2015. DOI 10.5902/2236583410514. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/10514/pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2021.

SILVA, T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, mar. 2002. DOI 10.1590/S0080-62342002000100002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KdmKMKq4mNXjX5kRGHPhx4M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2021.

SOUSA, T. F. de *et al.* Coocorrência de fatores de risco à saúde em universitários de uma instituição de ensino superior brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.729-738, 2021. DOI 10.1590/1413-81232021262.07062019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzbqnbpRSPK5KvRjcm8YJfp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2022.

SOUZA, M. A. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. *In*: SPERANDIO, A. M. G. (org.) **O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**. Campinas: Ipes Editorial, 2004. v. 2. p. 57-88.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011. DOI 10.12820/rbafs.v.16n1p5-10. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/549/547>. Acesso em: 16 jan. 2022.

STUCKLER D.; BASU S. **A economia desumana: porque mata a austeridade**. Lisboa: Editorial Bizâncio, 2014.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde**. Salvador: [s. n.], 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3023433/mod_resource/content/4/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf. Acesso em: 22 jan. 2020.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565- 578, 2017. DOI 10.1590/1807-57622015.0939. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhWdfDtYq67F3874K6KY8F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2021.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2017. DOI 10.1590/1413-81232017223.18842016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cJkgnzmkvGCFPVXQwxPdgl/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. Pró-Reitoria de Graduação. **PET Saúde**. Goiânia: Prograd, [2022]. Disponível em: <https://prograd.ufg.br/p/13757-pet-saude#:~:text=Trata%2Dse%20de%20uma%20constru%C3%A7%C3%A3o,Nutri%C3%A7%C3%A3o%20e%20Odontologia%20da%20UFG>. Acesso em: 21 abr. 2022.

WACHS, F.; ALMEIDA, U. R.; BRANDÃO, F. F. de F. (org.). **Educação física e saúde coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. (Série Interloquções práticas, experiências e pesquisas em saúde).

WAISSMANN, W. Desigualdade social e atividade física. *In*: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 15-31.

**APÊNDICE A - QUADRO 2 - RELAÇÃO DOS ARTIGOS ANALISADOS AUTORES
E REVISTA ONDE FORAM PUBLICADOS**

Nº	TÍTULO	AUTORES	REVISTA/ ANO
1	A inserção do profissional de educação física nos núcleos de apoio a saúde da família: visão dos profissionais	FERREIRA, T. B.; CIPOLOTTI, M. D.; MARQUES, B.G; MIRANDA, L. J.	Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2016
2	Apoio matricial e a atuação do profissional de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família	SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B.; SOUSA, T. F. F.; FONSECA, S.	Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2017
3	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS) em Rio Grande/ RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física	FURTADO, G. V. N.; KNUTH, A. G.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2015
4	Perfil e atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB	RODRIGUES, J. D.; FERREIRA, D. K. S.; JUNIOR, J. C. F.; CAMINHA, I. O.; FLORINDO, A. A.; LOCH, M. R.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2015
5	Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná	SOUZA, S. C.; LOCH, M. R.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2011
6	The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASFS): a national survey apoio à saúde da família: um levantamento nacional / atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: um levantamento nacional	SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B.; MEDEIROS, T. F.; FREITAS, C. R.; SOUSA, T. F.; COSTA, J. L. R.	Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano, 2015
7	Interventions by Physical Education professionals in Family Health Support Units in São Paulo (Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em São Paulo)	ROMERO, A.; GUERRA, P. H.; COSTA, E. F.; SANTOS, T. I.; ANDRADE, D. R. A.; FLORINDO, A. A.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2016

8	A atividade física como ferramenta de apoio às ações da atenção primária à saúde / physical activity as primary health care support tool	GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; SILVA, S. M.; SANTANA, P. R.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2014
9	Educação física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial	OLIVEIRA, B. N.; WACHS, F.	Movimento, 2018
10	A inserção do profissional de educação física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil	PEDROSA, O. P.; e LEAL, A. F.	Movimento, 2012
11	O NASF no município de Fortaleza e a intervenção do professor de educação física	BONFIM, G. C. S.	Diálogos Acadêmicos, 2012
12	Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: uma análise a partir da política nacional de promoção da saúde e das diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F.	J Health Sci Inst., 2012
13	A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família	SCHUH, L. X.; BRAND, C.; KRUG, S. B. F.; GARCIA, E. L.; GAYA, A. R.; ROTH, M. A.	Saúde, 2015
14	Publications scenario about Family Health Support Centers	SEUS, T.; FREITAS, M.; SIQUEIRA, F.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2017
15	As diretrizes do NASFS e a presença do profissional em educação física	MARTINEZ, J. F.; SILVA, A. M.; SILVA, M. S.	Motrivivência, 2014
16	Cenário de implantação do núcleo de apoio a saúde da família e a inserção do profissional de educação física	SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B.	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2012

APÊNDICE B - QUADRO 4 - DIVISÃO DOS ARTIGOS POR NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA E O CAMPO NOS ARTIGOS EMPÍRICOS

ARTIGO	OBJETIVOS	NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA	CAMPO
1 FERREIRA, T. B.; CIPOLOTTI, M. D.; MARQUES, B.G; MIRANDA, L. J.	Analisar a percepção de Profissionais de Educação Física (PEF) inseridos no NASFS sobre as funções e a efetividade da intervenção multiprofissional nas equipes no Município de São Paulo.	Cada sujeito apontou diversas funções que esse profissional pode assumir na equipe. Dentre essas destacam-se: ministrar sessões de atividade física e exercício físico, realizar ministrar sessões de atividade física e exercício físico, realizar avaliação física, orientar para hábitos saudáveis, trabalhar na prevenção de doenças, ampliar o campo de pesquisa, auxílio na saúde mental, melhora do desempenho e trabalho social (p. 230-231).	<ul style="list-style-type: none"> ● As reuniões em equipe, as visitas domiciliares, as relações interpessoais, o compartilhamento de atividades, articulação com a comunidade/rede de serviço e o matriciamento (p. 231). ● O bom funcionamento de uma equipe se dá pela boa relação entre seus membros e o comprometimento da equipe com a perspectiva do cuidado em saúde (p. 231).
2 SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R. B.; SOUSA, T. F. F.; FONSECA, S.	Analisar os fatores associados as práticas de Apoio Matricial realizadas pelos Profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS) no Brasil.	Nenhum	Nenhum
3 FURTADO, G. V. N.; KNUTH, A. G	Compreender junto à gestão e ao núcleo profissional da EF em Rio Grande, RS, suas percepções sobre o trabalho particular do núcleo e apresentar elementos sobre sua inserção, entraves e contribuições no cenário dos NASFS.	Foi possível perceber nesta pesquisa que o rótulo, a “cara” da EF está absolutamente vinculada à trajetória personalizada do profissional que atua e não a um pensamento maior, um projeto para a área. (p. 520).	Assim, o olhar clínico não se reduz à EF, está inserido na realidade das profissões da área da saúde, inviabilizando o acesso a novas percepções e concepções sobre o (s) corpo (s) e seus possíveis diálogos no campo da saúde pública (p. 518). Foi possível perceber nesta pesquisa que o rótulo, a “cara” da EF está absolutamente vinculada à trajetória personalizada do profissional que atua em não a um pensamento maior, um projeto para a área (p. 520).

4 RODRIGUES, J. D.; FERREIRA, D. K. S.; JUNIOR, J. C. F.; CAMINHA, I. O.; FLORINDO, A. A; LOCH, M. R.	Descrever o perfil e aspectos da atuação dos Profissionais de Educação Física (PEF) nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFS) da região metropolitana de João Pessoa, PB.	Nenhum	Todos os PEFs indicaram participar do planejamento das ações e a maioria (n = 11) relatou que a frequência de reuniões em equipe era pelo menos quinzenal e somente um PEF referiu que, raramente, participava destas reuniões (p. 358).
5 SOUZA, S. C.; LOCH, M. R	Verificar as características de intervenção dos profissionais de Educação Física inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS).	Nenhum	Nenhum
6 SANTOS, S. F. S.; BENEDETTI, T. R.; B.; MEDEIROS, T. F. FREITAS, C. R. SOUSA, T. F.; COSTA, J. L. R	Apresentar as práticas de Educação em Saúde (ES) desenvolvidas pelos Profissionais de Educação Física do NASFS no Brasil.	Nenhum	Profissionais de Educação Física relataram desenvolvimento educacional Atividades na UBS (89,5%) e comunidade (92,9%) (p. 5).
7 ROMERO, A.; GUERRA, P. H.; COSTA, E. F.; SANTOS, T. I.; ANDRADE, D. R. A.; FLORINDO, A. A.	O objetivo deste estudo foi descrever as intervenções desenvolvidas por Profissionais de Educação Física (PEF) inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFS) do estado de São Paulo.	Dos profissionais de Educação Física serviços compartilhados, 10,2% ofereciam serviço específico e compartilhavam na mesma proporção e 42,1% realizavam apenas atendimento específico (p. 59).	Nenhum
8 GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; SILVA, S. M.; SANTANA, P. R	O objetivo deste trabalho é apresentar as ações de atividades físicas desenvolvidas pela equipe dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFS) no município de Igarassu (Pernambuco).	Nenhum	A equipe realiza visitas regulares às Unidades de Saúde da Família, desenvolvendo ações educativas sobre a importância da prática de atividades físicas para diversos grupos populacionais (p. 267). A equipe da secretaria de saúde realizou o mapeamento e diagnóstico da área, conforme previsto na Política Nacional da Atenção Básica. Além disso, discutiu estratégias de empoderamento da população a ser atendida e ferramentas que pudessem auxiliar tanto na

			<p>implantação, quanto na avaliação do NASFS Igarassu, de modo a assegurar o controle e a participação social nas ações. O planejamento das ações foi discutido e pactuado entre trabalhadores, gestores, parceiros e população local, de modo a identificar e ponderar as diferenças de prioridades das partes interessadas (p. 268). Os profissionais de Educação Física ainda desenvolvem atividades educativas e rodas de conversa sobre temas relacionados a atividades físicas/práticas corporais, além de conduzirem parte das ações do Programa Cine Saúde, o qual discute problemas de interesse geral da comunidade a partir da exibição de vídeos, filmes de ficção e documentários (p. 268).</p>
<p>9 OLIVEIRA, B. N.; WACHS, F.</p>	<p>Tem como objetivo analisar a apropriação da tecnologia Apoio Matricial por profissionais de Educação Física através de grupos focais e de observações participantes realizados na cidade de Sobral/CE.</p>	<p>A atuação do profissional de Educação Física como apoiador de seu núcleo de saber práticas corporais/atividade física estabelece franco conflito com discursos corporativistas da área. É recorrente que o discurso corporativista enuncie que o exercício físico deva ser sempre prescrito por um profissional de Educação Física, ou pior, que deva ser realizado, necessariamente, na presença e sob supervisão desse profissional.</p>	<p>Ao abordarem o rearranjo organizacional proposto com essa tecnologia, os sujeitos evidenciam que o suporte à equipe é permeado por um significativo caráter técnico e pedagógico (p. 177). O processo dialógico que permite que a discussão das condições de saúde/doença e a construção do plano de cuidado ocorram de forma compartilhada entre a equipe de referência e o apoiador matricial [...], ao mesmo tempo em que o especialista contribui com seus saberes, a equipe de referência possui saberes alheios ao apoiador. Assim, o Apoio Matricial não instaura uma relação de quem sabe instruindo quem não sabe (p. 177). Aposta-se que, nesse encontro de saberes e de profissionais, as estratégias de cuidado serão mais consistentes, efetivas e resolutivas (p. 178). No processo dialógico, a equipe de referência não se limita a ser “receptora do</p>

			<p>suporte” ou passiva na dimensão formativa da tecnologia. Podemos dizer que o Apoio Matricial constitui uma via de educação permanente com duas mãos, pois, ao mesmo tempo em que a equipe de APS estará mais bem preparada para lidar com casos ligados àquela especialidade, também o apoiador estará mais bem preparado para desempenhar seu papel em situações semelhantes de apoio (p. 178).</p> <p>A partir do entendimento de que todos os atores envolvidos possuem implicação nesse processo, desde que resguardada a incumbência da equipe de referência de coordenar o cuidado (p. 178).</p> <p>São promovidos encontros sistemáticos nos quais são discutidos casos encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família. Esses encontros podem envolver outros atores, como os profissionais do NASFS e da residência multiprofissional (p. 180).</p>
10 PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F.	O estudo objetiva analisar a percepção dos médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde.	A recente possibilidade de incorporação do profissional de Educação Física nos serviços públicos de saúde, pelo seu ingresso no NASFS, não implica somente conjecturar a prática regular de exercícios físicos como uma forma de tratamento e controle de enfermidades de maneira eficaz e com menor custo (p. 244).	Cada NASFS, portanto, deve atuar em Conjunto com as ESF, como matriz de apoio aos profissionais da ESF, compartilhando práticas em saúde em seus territórios (p. 244).
11 BONFIM, G. C. S.	Tem como objetivo tratar da intervenção do professor de educação física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASFS) como integrante de grande relevância na equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, agente comunitários de saúde,	57,1% afirmaram que o papel do educador físico no NASFS é desenvolver atividades físicas e práticas corporais (p. 154).	28,6% articulam ações com as Equipes de Saúde da Família e 14,3% proporcionam educação permanente que é o trabalho de articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino (p. 154). <ul style="list-style-type: none"> • O atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, possibilitando a construção do conhecimento

	<p>fisioterapeutas, assistente social e nutricionista, mostrando quais ações e procedimentos feitos pelo educador físico dentro das unidades de saúde.</p>	<p>e de experiências a todos os envolvidos (p. 415).</p> <ul style="list-style-type: none">• a troca dos saberes, a construção contínua do conhecimento e de um novo olhar, dinâmico, complexo e transdisciplinar, em busca do amadurecimento de todos os segmentos, cada um desempenhando suas funções e conjuntamente construindo e consolidando experiências que requerem um Conjunto de estratégias de apoio, transcendendo os antagonismos e promovendo a expansão das ações para a implementação de um modelo de atenção integral às famílias por meio de um legítimo "promover" de ações saudáveis, gerando novas práticas profissionais (p. 416).
--	--	---

APÊNDICE C - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA (TRABALHOS EMPÍRICOS)

NÚMERO	TÍTULO	Roxo	Verde	Rosa	Azul
		FORMAÇÃO	ESTRUTURA E MATERIAL	PRÁTICA DA EDUCAÇÃO FÍSICA	SUJEITOS E PATOLOGIAS
	ARTIGOS COM TRABALHO DE CAMPO				
1	A inserção do profissional de educação física nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família: visão dos profissionais	X		X	
2	Apoio matricial e a atuação do profissional de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família				
3	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS) em Rio Grande/ RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física				
4	Perfil e atuação do profissional de educação física nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB		X	X	X
5	Intervenção do profissional de educação física nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná		X	X	
6	The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASFS): a national survey / Atuação do profissional de educação física nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Um levantamento nacional		X	X	X
7	Intervenção do profissional de educação física nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família em São Paulo		X	X	X
8	A atividade física como ferramenta de apoio às ações da atenção primária à saúde / Physical activity as primary health care support tool		X	X	
9	Educação física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial				
10	A inserção do profissional de educação física na estratégia saúde da família em uma capital do Norte do Brasil		X		
11	O NASFS no município de Fortaleza e a intervenção do professor de educação física			X	X
	TOTAL DOS ARTIGOS EMPÍRICOS	1	6	7	4

APÊNDICE D - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: NÚCLEO PROFISSIONAL DA EDUCAÇÃO FÍSICA (TRABALHOS TEÓRICOS)

NÚMERO	TÍTULO	Roxo	Rosa	Verde	Azul
	ARTIGOS TEÓRICOS	FORMAÇÃO	PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA	ESTRUTURA E MATERIAL	SUJEITOS E PATOLOGIAS
12	Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: Uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASFS	X			
13	A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família				X
14	Cenário de publicações sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família				
15	As diretrizes do NASFS e a presença do profissional em educação física		X	X	
16	Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física				
	TOTAL DOS ARTIGOS TEÓRICOS	1	1	1	1

APÊNDICE E - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: AÇÕES A PARTIR DO CAMPO DA SAÚDE (TRABALHOS EMPÍRICOS)

NÚMERO	TÍTULO	Roxo	Verde	Rosa	Azul
		TRABALHO INTERDISCIPLINAR	APOIO MATRICIAL	CLÍNICA AMPLIADA	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
ARTIGOS COM TRABALHO DE CAMPO					
1	A inserção do profissional de educação física nos núcleos de apoio a saúde da família: Visão dos profissionais			X	
2	Apoio matricial e a atuação do profissional de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família			X	
3	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFS) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física				
4	Perfil e atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB	X			
5	Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná	X			
6	The work of physical education professionals in Family Health Support Centers (NASFS): a national survey / Atuação do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: um levantamento nacional				
7	Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em São Paulo			X	
8	A atividade física como ferramenta de apoio às ações da atenção primária à saúde / Physical activity as primary health care support tool			X	X
9	Educação física e atenção primária à saúde: apropriações acerca do apoio matricial		X	X	
10	A inserção do profissional de educação física na estratégia saúde da família em uma capital do Norte do Brasil	X		X	
11	O NASFS no município de Fortaleza e a intervenção do professor de educação física			X	
TOTAL DOS ARTIGOS EMPÍRICOS		3	1	7	1

APÊNDICE F - ANÁLISE DOS FICHAMENTOS: CAMPO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: NASFS (TRABALHOS TEÓRICOS)

NÚMERO	TÍTULO	Roxo	Rosa	Verde	Azul
	ARTIGOS TEÓRICOS	TRABALHO INTERDISCIPLINAR	APOIO MATRICIAL	CLÍNICA AMPLIADA	PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR
12	Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASFS	X		X	
13	A inserção do profissional de educação física nas equipes multiprofissionais da estratégia saúde da família	X			
14	Cenário de publicações sobre o núcleo de apoio à saúde da família				
15	As diretrizes do NASFS e a presença do profissional em educação física				
16	Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física				
	TOTAL DOS ARTIGOS TEÓRICOS	2	0	1	0