

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Rio Grande/RS: percepções sobre o trabalho realizado pela educação física

Family Health Support Centers in the city of Rio Grande, southern

Giovana Valente Nunes Furtado¹
Alan Goularte Knuth²

Rev Bras Ativ Fís Saúde p. 514-523
DOI
<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n5p514>

¹ Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Instituto de Educação. Curso de Educação Física. Rio Grande, RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Curso de Educação Física. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Rio Grande, RS, Brasil.

RESUMO

O núcleo profissional de Educação Física (EF) insere-se na construção do Sistema Único de Saúde e também reconhece seus desdobramentos no que tange às práticas de cuidado no campo da saúde, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), no contexto da atenção básica em saúde. O objetivo desta pesquisa foi 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. De fundo qualitativo, a pesquisa orientou-se pelo plano teórico-metodológico de Minayo e realizou entrevistas com uma trabalhadora da gestão e uma trabalhadora de EF do NASF urbano. Foi possível identificar as origens do NASF a partir de uma rede de matriciamento em saúde mental. Predominam ainda ações e atividades com abordagem clínica e há influência de áreas como a enfermagem, não só no nível do cuidado, mas principalmente no âmbito da gestão. A atuação da EF ainda se dá de forma muito particular à realidade de formação do profissional, podendo deslocar-se desde uma abordagem puramente clínica até ao cuidado mais atento à integralidade e à humanização. A noção de promoção da saúde apresenta-se como elemento primordial para a EF. O processo de trabalho da EF no contexto do NASF apresenta-se com passos e impasses, alguns particulares e conhecidos do núcleo profissional, enquanto outros pertinentes ao campo saúde, como a inoperância para costurar a concepção de promoção da saúde no modelo de saúde vigente.

PALAVRAS-CHAVE

NASF; Educação Física; Saúde pública; Perfil profissional; Promoção da saúde.

ABSTRACT

The professional core of Physical Education (PE) is related with the construction of the Unified Health System and also recognizes its consequences regarding the care practices in the health area by using the Family Health Support Centers (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF) in the primary health care context. The aim of this study was to understand, from the management and professional core of PE perspective in Rio Grande, RS, their perceptions of the unique activities and present details about their insertions, barriers and contributions to NASF. By having a qualitative background, the research was guided by Minayo's theoretical and methodological aspects and interviews were conducted with representatives from the management (one professional) and professional urban NASF (one PE professional). The origins of NASF were identified from a network matrix of mental health. Actions and activities with clinical approach are still predominant and there is influence from areas such as nursing, not only at the care level but also at the management level. The performance of PE still happens quite particularly to the individual's choices and background, and may vary from a purely clinical approach to the most attentive care completeness and humanization. The concept of health promotion is presented as a major element of PE. PE's work process in the context of NASF presents its steps and pitfalls which are known to the professional core, while other ones are relevant to the health area, such as ineffectiveness to tailor the design of health promotion in the current public health policy.

KEYWORDS

NASF; Physical Education; Public Health; Professional Profile; Health Promotion.

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação da Constituição Federal e as posteriores leis bases para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil passa a conhecer um movimento de transição e adaptação às novas formas de saber-fazer no campo da saúde. Com o respaldo constitucional e o apoio nos princípios e diretrizes do SUS, diversas estratégias vêm sendo aplicadas, reconhecidas e ressignificadas no contexto do cuidado à saúde das populações, mais especificamente na construção de práticas associadas à promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde, tendo em vista as necessidades da população¹.

Para diversos núcleos profissionais, a sua própria articulação a esse espaço de saberes e práticas, o SUS, molda-se como algo novo, ainda pouco conhecido e com trajetória a ser escrita, configurada². O núcleo da Educação Física (EF) insere-se nessa construção do SUS e na descoberta de sua faceta enquanto núcleo que orbita, mas que ainda não se estabeleceu definitivamente nas políticas e ações que regem as práticas de cuidado no campo da saúde no Brasil.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) também são propostos a reorientar o modelo de atenção à saúde no SUS. De igual modo, pode-se argumentar que se trata de uma estratégia recente e tímida, dado que nasce com um leque de diretrizes bastante complexas no que tange a sua implementação e articulação, a saber: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização³.

Pertinente ao contexto dos NASFs, sua composição é indicada a partir de áreas estrategicamente pensadas, como: 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 complementares³.

Apresentam-se, pois, alguns panoramas que conferem certa legitimidade ao presente estudo: em que bases se encontram os NASFs e o núcleo de EF no campo da saúde? Em Rio Grande (RS), cenário específico deste estudo, o NASF está configurado na zona urbana e rural, com a presença de trabalhadores da EF e outros núcleos profissionais. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi compreender junto à gestão e ao núcleo profissional da EF suas percepções sobre o trabalho particular do núcleo e apresentar elementos sobre sua inserção, entraves e contribuições no cenário dos NASFs junto ao SUS, em Rio Grande, sul do Brasil.

MÉTODOS

Este estudo congrega diferentes estratégias metodológicas e pode ser caracterizado como qualitativo. As estratégias do estudo passam pela aproximação inicial com o local de estudo com contato feito na Secretaria Municipal de Saúde do Rio Grande, RS, (SMS), submissão do projeto à avaliação pelo comitê da SMS, conhecimento das bases legais do NASF no município, observações a partir de imersão no NASF e por fim as entrevistas, que, de fato, são as bases do presente artigo, sistematizadas na seção de resultados.

O plano teórico-metodológico para a análise das informações foi baseado no trabalho de Minayo⁴. Os escritos da autora contribuem com a identifica-

ção, organização e apresentação de informações interessantes para estudos no campo da saúde. A técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista semiestruturada. A seguir cada estratégia do estudo acima é descrita com maiores detalhes.

Primeiramente uma aproximação foi feita com a SMS, com o intuito de apresentar o objetivo da pesquisa e contar com a adesão da SMS enquanto parceira da investigação. Esta também é uma providência adequada para estudos de base qualitativa, pois envolve um dos principais atores interessados na pesquisa. As análises aqui estipuladas são sobre um processo em vigência, com suas fragilidades e potências. Há que se respaldar que o trabalho do NASF está em fluência e a pesquisa não teve caráter de avaliação acadêmica formal. Logo após a aprovação verbal da SMS para início do estudo, foram acessados os arquivos que deram a base para a viabilização do NASF no município.

Um próximo passo foi o envio do projeto de pesquisa para a apreciação do Núcleo de Ética em Pesquisa e Estudos na Saúde (NEPES) da SMS. Paralelo ao envio, a pesquisadora principal do estudo foi autorizada pela SMS a realizar algumas observações de campo e acompanhamento de ações do NASF urbano, em especial a atuação do núcleo da EF. Nesse sentido, incorporou-se ao grupo profissional em reuniões, matriciamentos e outras atividades específicas. Estas observações não foram sistematizadas na seção de resultados deste estudo, apenas as entrevistas o foram, porém constituíram estratégias importantes para a definição do estudo como um todo e, especificamente, para aperfeiçoar o roteiro de questões, ainda em formulação naquele momento.

Essa imersão na realidade empírica fundamentou a atuação da pesquisadora principal e contribuiu para um entendimento e uma aproximação com a realidade da pesquisa, o que estabelece um importante diálogo com as considerações de Minayo⁴ no universo das pesquisas qualitativas no campo da saúde.

Com a devolutiva favorável do NEPES (parecer 83/2013), deu-se a legitimidade final entre pesquisadores e SMS para as próximas fases do estudo, e interesse central do presente artigo, ou seja, a condução das entrevistas. Por se tratar de um estudo qualitativo, optou-se pela técnica de entrevista semiestruturada, a qual foi pensada a partir de um roteiro pré-elaborado, fundamentado nas observações realizadas, na revisão da literatura e especialmente nos objetivos deste estudo. O foco das entrevistas foi direcionado para uma trabalhadora do núcleo da EF (trabalhadora com formação em Licenciatura em EF, a única no momento da pesquisa) e uma representação da gestão (trabalhadora com formação em fisioterapia), do NASF urbano de Rio Grande. A pesquisa não contemplou o NASF rural, existente naquele momento. As profissões que formam o NASF no município desde 2011 são EF, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia e Assistência Social. O presente estudo ocorreu no segundo semestre de 2013.

Um agendamento prévio foi combinado com cada profissional. Houve a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Assim, duas entrevistas foram realizadas, uma para cada profissional. Os seguintes aspectos foram explorados com a representação da gestão: a experiência da Rede Gaivota no NASF; a EF como uma das profissões escolhidas; a percepção da gestão sobre a EF no NASF. Já as questões para a trabalhadora da EF foram: a EF nas ações do NASF; a EF e a relação com as outras profissões; a EF e o matriciamento.

As entrevistas foram gravadas em um aparelho MP4 e realizadas em uma Unidade Básica de Saúde da Família. A primeira entrevista foi realizada com a

representação da gestão (para fins de caracterização, descrita como “RG”). Já a segunda entrevista, foi realizada com a representação do núcleo da EF (para fins de caracterização, descrita como “REF”). Por fim, foram feitas transcrições e uma leitura minuciosa de cada entrevista. Analisou-se o material empírico e realizou-se um confronto dos pontos mais relevantes, a partir dos olhares dos pesquisadores. O interesse dos pesquisadores foi elencar respostas frequentes, estabelecimento de elo e consistência entre informações e pertinência aos objetivos do estudo.

RESULTADOS

A intenção desta seção é sumarizar as principais informações que se articulam aos elementos de inserção, entraves e contribuições da EF no cenário do NASF. Na discussão retomaremos cada ponto aqui destacado com ampliação, falas das entrevistadas e debate com a literatura.

Em linhas gerais percebe-se que o NASF em Rio Grande é precedido de uma rede de apoio matricial, sem participação da EF. Também se localizou a forma como o matriciamento e o trabalho do NASF estão estabelecidos, a partir de casos de doenças e com foco muito isolado no adoecimento. Um dos aspectos que podem ajudar a compreender essa lógica é a presença apenas do núcleo de enfermagem na gestão da atenção básica em saúde.

Tem sido reproduzida a ideia de que a EF se relaciona com a promoção da saúde, entretanto o processo de trabalho tem sido conduzido conforme interesses e características de cada profissional, sem direcionamentos claros ou concursos voltados para a área da saúde.

O trabalho realizado pela EF neste NASF reivindicou para si uma atuação que preserve a escuta e a sensibilidade e identificou uma contribuição forte da área humana na atuação em saúde.

DISCUSSÃO

Das origens e estratégias articulares iniciais: Rede Gaivota e matriciamento

Em um cenário de narrativa sobre estratégias que se colocam na construção de novos modelos de cuidado em saúde, como é o caso do presente estudo, é importante identificar suas origens, suas pretensões iniciais. O NASF foi ganhando terreno em muitos entes federados brasileiros e, ao que parece, em Rio Grande, conforme as entrevistadas, o NASF não nasce em si, é antecedido por outra estratégia de características peculiares: a Rede Gaivota, uma rede de apoio matricial voltada para a saúde mental. Criada em 2007, a Rede Gaivota tinha como objetivo expandir as ações de cuidado em saúde mental na atenção básica. Desta forma, desenvolver estratégias que consolidassem a Política de Saúde Mental na atenção básica e ainda promover ações intra e intersetoriais na articulação da rede social organizada a partir da Estratégia em Saúde da Família e ampliar a rede em saúde mental também estavam entre os objetivos da Rede Gaivota⁵. A EF não participava da Rede Gaivota.

Quando, em 2008, o Ministério da Saúde decretou a portaria que anunciou a proposição dos NASFs⁶, a Rede Gaivota encontrava-se em franca ampliação e o município, em 2011, implantou o NASF 1 e 2, substituindo a Rede Gai-

vota, porém, privilegiando parte de sua identidade neste contexto. De acordo com o projeto para implantação do NASF⁵:

a tecnologia de Apoio Matricial em Saúde Mental é a tecnologia central do NASF e é a diretriz histórica da Rede Gaivota na organização do processo de trabalho de forma estratégica - articulando gestão, assistência e formação (RIO GRANDE, p. 10, 2011).

Conforme mencionado, a saúde mental tornou-se um objeto de trabalho no NASF, estava presente nas respostas das profissionais entrevistadas, que evidenciaram as raízes do NASF com a Rede Gaivota e o olhar para a saúde mental. O próprio Caderno 27³, referência que indica diretrizes ao NASF, mostra a articulação da saúde mental com as questões do processo saúde-doença na atenção básica e enfatiza que “todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde”.

O dispositivo de matriciamento se estendeu da Rede Gaivota para o NASF. Trata-se de uma estratégia extremamente essencial pelo fato de tentar dar uma resolubilidade e não fragmentar a atenção aos sujeitos. Este tipo de trabalho oferece um suporte tanto de cunho prático/assistencial quanto de cunho técnico-pedagógico às equipes de referência⁷. O matriciamento é uma forma de trabalho organizacional, o qual parte da lógica de enfrentar a fragmentação e a desresponsabilização assistencial⁸. A RG entende que predominam atualmente os debates de casos em saúde mental, mesmo que outras demandas venham aparecendo. Ainda que coletivamente a EF venha colaborando nos matriciamentos, raramente tem papel central na viabilização de casos ou circunstâncias de debate que mobilizem todo o grupo de trabalho. Parece mesmo que o modelo focado em doenças, predominante no nível da atenção básica, atravessa também o espaço de matriciamento e que, quando há atenção para a atuação da EF, essa é permeada pela atenção clínica do exercício físico para diabéticos e hipertensos.

Os olhares para a clínica e a educação física

Na esteira, sempre estiveram juntos saúde pública e predominância do modelo biomédico de atenção à saúde. Foucault⁹ circunscreveu as formas de controle da sociedade sobre os indivíduos pelo corpo, pela via biológica. Palma¹⁰ pondera ser a temática biomédica resultante de um contexto histórico-social promovido pela ótica de um determinismo biológico sobre o processo de saúde-doença. 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 pública¹¹.

Nesta pesquisa, a via clínica de compreensão da saúde evidenciou-se a partir da área mãe de atuação deste NASF: a saúde mental. Dada a configuração de diagnósticos e prescrições medicamentosas, há ainda um cenário adicional que parece se fundir, se conectar ao que visualizamos. Percebeu-se que a ordenação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi formada por profissionais da enfermagem. É irrefutável que a enfermagem contribuiu historicamente para a saúde pública brasileira, com trajetória mais participativa do que a EF, por exemplo, dado inclusive o papel presente continuamente nas políticas. Também é sensato apontar que a enfermagem transita por modos biomédicos de cuidado, desde a formação. Certamente todas as áreas da saúde são captura-

das por este modelo, mas a enfermagem tem papel de atuação garantido e esta leitura sobre o seu saber-fazer é mais evidente, é parte do dia-a-dia.

Diante deste quadro, a EF, quando consegue minimamente escapar da tradição puramente clínica, enfrenta resistências e dificuldades. O desvencilhamento passa por também pensar o processo saúde e não só o produto doença. Mais adiante neste texto, será colocado que a atuação do trabalhador de EF ainda não está dada, alinha-se à trajetória personalizada do profissional e, até por isso, não é possível ser taxativo e contentar-se com o lugar comum de que a EF “trabalha com saúde”. É possível enxergar nesse núcleo profissional um aceno nesse sentido. Não está garantido que a EF escape, pois ela também participa desta conjuntura. No NASF estudado, pode-se perceber conflitos em função destes aspectos, dado que as intervenções, ações, atendimentos e discussão de casos são muito vinculados ainda às questões de doença.

Desta forma, ter-se um entendimento sobre a atuação da EF no contexto do NASF é como dar um passo adiante a fim de conquistar um espaço, uma identidade e, sobretudo, um trabalho valorizado e reconhecido por tratar-se de uma realidade ainda desconhecida, tanto pelos outros profissionais, quanto pela gestão. De acordo com Pedrosa e Leal¹², no estudo feito sobre a inserção do profissional da EF na ESF no norte do país, foi apontado que os médicos e enfermeiros desconheciam o NASF. Obviamente, também ignoravam a possível atuação da EF na saúde pública através do NASF. Não é que não vissem a possibilidade como promissora, mas ainda não vislumbravam este cenário como algo viável. Um dos posicionamentos da REF neste estudo aponta os tensionamentos neste tema:

“[...] não é uma crítica negativa, mas a gente tem uma gestão que é pautada somente em enfermagem né... tudo bem são pessoas que entram tentando ter aquela abertura, mas são pessoas que têm aquele olhar extremamente quadrado, biomédico, que a gente sabe que a enfermagem tem né... [...]”.

Cabe aos profissionais atentos à ampliação do cuidado serem habilidosos para que tais cruzamentos não abalem o processo de trabalho. Não há uma superação ou confronto de modelos, há tentativas de apresentar formas diferentes de fazer. A EF é uma área ensaiando-se no saber-fazer da saúde pública e, aparentemente, tem adjetivos particulares e pode estabelecer diálogo e compreender de onde outros profissionais falam. Com o tempo, certamente serão vistos trabalhadores de EF também na gestão, ainda mais capacitados e conscientes das complexidades deste sistema, entretanto neste estudo não existiam trabalhadores de EF na gestão.

Para onde caminha a educação física?

“Ai olha... eu acho que... é claro que... ele não é claro nem dentro da própria área quanto mais nas outras (*outras áreas da saúde*), mas, eu acho que a EF é uma área articuladora da promoção da saúde dentro da saúde pública [...]”.

Esta fala da REF ao ser estimulada a pensar sobre o papel da EF no NASF contempla um dos caminhos pelos quais a área parece assegurar-se: o tema da promoção da saúde. Na mesma linha, a RG também foi provocada a pensar sobre a atuação da EF:

“Vou te dizer que nem o meu papel eu sei claro ainda. [...] o que faz a profissão EF talvez eu tenha conhecimento pelo que as gurias desenvolvem, mas que eu acho que tem muito mais ainda a melhorar do que tem ali escrito no caderno e o que a gente talvez tenha conseguido entender do caderno (*fazendo referência ao caderno 27 do NASF*) [...]”

Há diferentes percepções conforme o nível de atuação dentro do NASF: profissional (de núcleo) ou profissional da gestão (nesse caso uma profissional de fisioterapia), considerando que se trata de uma gestão imediata e não da ESF como um todo, a qual está vinculada à enfermagem, como já exposto. Em linhas gerais, as diferenças traduzem a forma como se dá a EF no contexto do NASF. 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. Portanto, nem os dispositivos políticos como o citado Caderno 27³, nem os referenciais acadêmicos reuniram condições para que se problematize um cenário de atuação para a EF. Cabe ao profissional propor suas atividades, projetos e pensamentos. Se ele compreender a EF pelo viés esportivista, assim o será. Se entender que a aptidão física é o caminho, da mesma forma. Se enxergar na EF uma possibilidade de articulação com a cultura local a partir do movimento, seguirá neste sentido. De acordo com a fala da representação da EF, os métodos de trabalho variam muito, dependendo do profissional. Não teria como traçar um perfil de profissional de EF do NASF, pois isso está diretamente relacionado ao tipo de formação e ao tipo de percepção que cada profissional tem da relação entre EF e saúde pública. Há potências e limites para tal situação. Potência pelo fato de haver uma “liberdade” no que se refere à atuação, de acordo com sua trajetória e entendimento. Limites, pois, dada esta “liberdade”, não se tem um ponto de partida, uma base na qual se pode buscar uma oferta teórico-prática para apoiar sua intervenção, seja na concepção de promoção da saúde ou em qualquer outra. E nos parece bastante relevante atentar a aspectos dessa natureza em virtude da participação forte da EF nos NASF. Segundo Santos e Benedetti¹³, até 2012, a EF estava entre os cinco núcleos profissionais mais acionados e presente em 49,2% das equipes NASF do país.

De acordo com Souza e Loch¹⁴, cuja pesquisa retrata o tipo de intervenção do profissional de EF no NASF feita no norte do Paraná, os profissionais atuantes são todos oriundos da licenciatura e percebeu-se um forte vínculo com a questão do esporte nestas intervenções, ou a partir de preceitos esportivos, em função de sua formação assim direcionada. Distante de penetrar no debate da regulamentação profissional que circunda a EF, a contribuição do presente trabalho é justamente oferecer uma fuga sobre as estampas estigmatizantes: do licenciado ou do bacharel. Então o que encaminha o trabalhador de EF é muito mais sua trajetória, o que ele entende por saúde, do que meramente o carimbo de seu diploma. Como não há papéis protocolados ou consensos de atuação, o que confere certa propriedade à EF, há diferentes motivos para aproximar o profissional do campo da saúde, desde curiosidade, mercado até remanejamento de concursos, e isso pode contribuir para gerar atuações tão diferentes.

Partindo da premissa de que interessa mais o olhar e a concepção do profissional e sua trajetória do que o curso em que se formou, volta-se a observar o que se propõe como articulador para a EF nessa caminhada: a promoção da saúde. Nesta ampliação do processo saúde-doença, Luz¹¹ indica que:

A institucionalização de medicinas não ortodoxas, por exemplo, como a homeopatia, e a adoção de programas com terapêuticas naturais de comprovada eficiência no atendimento à população, seja a fitoterapia, a acupuntura, ou ainda outras formas de intervenção ditas “naturais”, incluindo práticas auxiliares de terapias, ligadas a outras racionalidades em medicina e saúde, tais como a ioga, o *tai chi chuan*, o *lian gong*, as massagens, ou mesmo atividades artísticas, empregadas como terapia na prevenção ou recuperação de grupos portadores de patologias ou deficiências específicas, dão ao Sistema Único de Saúde brasileiro um caráter revolucionário, talvez inédito no mundo (p.15).

Particular ao local de realização da pesquisa, pode-se apontar a fragilidade profissional da EF na saúde em função da inexistência até então de concurso específico para o NASF no município. Dado que também o Caderno 27³ é pouco efetivo em apontar subsídios para a estratégia do trabalhador de EF, o profissional empossado para o cargo no NASF desenvolverá um trabalho de acordo com suas características profissionais. Apontamos aqui alguns significados oriundos da pesquisa, conforme a prática da profissional entrevistada. A atuação tem sido por uma identidade mais voltada para questões de sensibilização, no sentido da escuta, da inserção de atividades com movimento de forma sutil e com uma contextualização sobre a consciência corporal. A própria profissional refuta em identificar apenas um caminho para a atuação no NASF:

“[...] percebendo que a minha parte de formação humana tava me dando muito apoio pra trabalhar aqui [...] não sei se existe assim um perfil específico pra trabalhar no NASF, eu acho que me falta muito pelas diretrizes da própria estratégia e do caderno que é o que nos rege né [...] então é isso, não sei se tem um perfil, mas tem essas diferenças assim.”

Neste ponto, retomamos algo que não desejamos que escape a este texto, a ideia de promoção da saúde tão presente na EF e que foi pertinente nas falas da profissional e da representação da gestão. Sem dúvida, não é possível tomar promoção da saúde como conceito único e acabado. Ele se expressa de diferentes maneiras e novamente está à mercê do uso que os profissionais fazem. Para Paulo Buss¹⁵, ao menos duas possibilidades de trabalho com promoção da saúde podem ser identificadas: uma apenas comportamental e outra contemplando os determinantes sociais da saúde. Como a presente pesquisa não se deteve sobre concepções de promoção da saúde, o que mereceu uma análise mais consistente foi o fato de que o núcleo profissional que foi identificado como cercado pela noção da promoção da saúde foi o da EF. E como já foi identificada no presente trabalho a dificuldade de gestão para a lógica da promoção da saúde, que também contemple as particularidades da EF, quando as ações de promoção da saúde foram efetivadas ou encaminhadas para o NASF elas se revestiam de caráter comportamental.

Ao tentar se aproximar da noção de promoção da saúde, o trabalho relatado pelas entrevistadas procurou levar em consideração, sobretudo, a realidade do contexto a ser trabalhado. Esteve preocupado em não se limitar à simples execução de uma atividade física, a possibilitar vivências de situações que superem a ação apenas medicamentosa, para que seja uma experiência de sentir-se bem através de uma conversa, da aposta na construção e fortalecimento de vínculos e de uma intervenção mais integrativa e menos prescritiva. Não se está defendendo um único caminho, mas sim como a EF encontrou-se para conhecer sua viabilidade no contexto estudado. Para Anjos e Duarte¹⁶:

“É pertinente destacar que, com o anseio de práticas de promoção e de cuidado integral, o modelo médico hegemônico é superado, e, para tal, os serviços básicos de

saúde têm suas equipes ampliadas, incorporando às mesmas diversos profissionais, como os de Educação Física, por exemplo (p.1129).”

Há muito se discute sobre a necessidade de uma formação mais humana em saúde e daí pode vir uma das importantes contribuições da EF. De acordo com as políticas de humanização, o SUS dispõe, em seu marco teórico-político, justamente esta relação entre profissionais e usuários, visto que deve haver a valorização desses diferentes sujeitos que circundam a saúde pública, operacionalizando com a questão da troca e a construção de saberes, o trabalho em rede com equipes multiprofissionais e a identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde¹⁷.

O presente estudo esteve delimitado ao recorte de um NASF, em área urbana e em poucos anos após sua implantação. É importante que novos estudos acompanhem o crescimento e desdobramentos nesta realidade e também em outras cidades. Algumas limitações podem ser apontadas. É importante tentar-se ampliação nos entrevistados, tentando dar conta de outros núcleos profissionais e como se articulam no trabalho coletivo e multiprofissional. Certamente o acesso a esse tipo de informação tem relevância para a EF. Apenas uma entrevista foi realizada com cada profissional, provavelmente uma agenda maior de encontros pudesse ampliar diversas questões que apareceram durante a pesquisa, no entanto, não foi possível mais entrevistas. A combinação da metodologia aqui empregada com outras poderia formar um cenário mais completo e rico sobre esta estratégia de trabalho tão pertinente e recente para a saúde.

O presente estudo identificou as origens do NASF na cidade do Rio Grande, onde uma rede de matriciamento em saúde mental foi ampliada e ganhou a presença da EF e de outros núcleos profissionais. É preponderante no trabalho o olhar clínico e muito voltado à doença e também a participação da área de enfermagem na gestão. A atuação da EF ainda é dependente do perfil do(s) profissional(is) que está(ão) à frente das ações, podendo caminhar tanto para a esfera clínica quanto para um cuidado mais integral e humanizado, tendo o discurso da promoção da saúde como elemento primordial. Nos parece essencial ao núcleo de EF repensar a articulação entre tais saberes, sem predominância para nenhum deles, pois constituem saberes importantes para a atuação da EF.

Trabalhos que apresentem a realidade de trabalhadores de EF à luz do SUS no Brasil são ainda incipientes. Outros núcleos profissionais têm articulação histórica com o campo da saúde e, de particular interesse, da saúde pública e, dessa forma, seus entraves e avanços vêm sendo sistematizados em fóruns e periódicos de pertinência. Esta experiência se apresenta rapidamente à EF e daí surgem diversos questionamentos, tanto já conhecidos do núcleo profissional quanto aqueles mais afeitos à realidade particular do SUS.

Tendo por base o NASF 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, entretanto, não pareceu ter sido assim no núcleo pesquisado. A possibilidade de observar múltiplas abordagens não pode tornar-se uma armadilha para a EF, algo como “qualquer coisa serve”, portanto, publicações com experiências diversas poderiam embasar e orientar estratégias em processamento ou implementação. A riqueza de não operar por consensos não

pode perder-se no horizonte de não reconhecer por que se está naquele espaço.

O desafio de articular o tema da promoção da saúde se apresenta também na realidade do NASF para a EF. Ainda que seja, de fato, uma bandeira sustentada com frequência nos espaços onde o núcleo profissional atue, há de se adotar cautela neste quesito. Como se viu neste exemplo estudado, o modelo de atenção à saúde ainda não está afeito a promoção da saúde, há incongruências na compreensão da promoção da saúde e o tema não se restringe somente à EF.

Diante de tantos aspectos visualizados, observaram-se passos e impasses neste processo de trabalho. Há entraves importantes que são da saúde, da atenção básica, do trabalho coletivo, do multiprofissional. Há outros que são particulares do núcleo profissional da EF. Cabe também aos próximos estudos avançar no exame da ampliação dos NASF e como a EF vem contribuindo e recebendo contribuições nesse processo.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Art.196-200. Brasília/DF, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
2. Campos GW. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Colet.* 2000; 05 (02): 219-30.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF. Brasília/DF, 2009.
4. Minayo MC. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2012; 17 (03): 621-26.
5. RIO GRANDE. Secretaria Municipal da Saúde / Estratégia Saúde da Família. Projeto de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's). Rio Grande, 2011.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008: Cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família. 2008.
7. Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Públ.* 2007; 23 (2): 399-7.
8. Cunha GT, Campos GW. Apoio Matricial e atenção primária em saúde. *Saúde Soc.* 2011; 20(4): 961-70.
9. Foucault M. O nascimento da medicina social. In: Machado R (org. e trad.). *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
10. Palma A. Educação Física, corpo e saúde: Uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. *Rev Bras Ciênc Esporte.* 2001; 22(2): 23-39.
11. Luz MT. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: Fraga, AB, Wachs F (orgs.). *Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.* Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.
12. Pedrosa OP, Leal AF. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. *Rev Movimento.* 2012; 18(02): 235-53.
13. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2012; 17(3):188-194.
14. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev Bras Ativ Fís Saúde.* 2011; 16(01): 5-10.
15. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet.* 2000; 5(1): 163-77.
16. Anjos TC, Duarte ACG. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis.* 2009; 19(4): 1127-44.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizas.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

ALAN GOULARTE KNUTH.

Endereço: Av. Itália, km 8, Campus
Carreiros FURG, Rio Grande, RS.

CEP 96 201- 900. Telefone: (53) 3233 6500

E-mail: knuth@yahoo.com.br

RECEBIDO 28/09/2015

REVISADO 03/11/2015

APROVADO 03/11/2015