

NASF, PSF E DEMAIS ESTRATÉGIAS GOVERNAMENTAIS: QUAL O SIGNIFICADO PARA OS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE NO CAMEAM-UERN?¹

JOSÉ GIOVANI NOBRE GOMES

Discente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – PPGCSA - UFRN

Professor do Curso de Enfermagem CAMEAM/UERN

giovanipits@ig.com.br

RESUMO

O presente trabalho visa discutir sobre estratégias governamentais na área da saúde, discutindo a inserção da Enfermagem e da Educação Física nesses programas. A escolha dessas áreas deveu-se porque estão representadas, no âmbito do Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia – CAMEAM/UERN, em Pau dos Ferros - RN, como cursos da área da saúde que, hoje, encontram-se implantados e reconhecidos. Ao longo do texto é apresentando estratégias como a ESF (Estratégia saúde da família), o NASF (Núcleo de assistência de saúde da família) e a Academia da saúde. Exceto essa última, retomamos os fins dessas estratégias, os quais convergem para uma atuação, não de campos isolados, mas de uma equipe multiprofissional articulada, a qual deve atuar em áreas como: Atividade Física/Práticas Corporais; Saúde Mental; Reabilitação/Saúde do Idoso; Alimentação e Nutrição; Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Farmacêutica; Serviço Social; Saúde da Criança/Adolescente e Saúde da Mulher. Na análise do material e nas discussões que ora realizamos, pudemos identificar que, nos cursos do CAMEAM/UERN, a enfermagem tem espaço garantido na equipe mínima da ESF e Educação Física (EF) tem espaço possível no NASF, visto que a inserção do profissional de Educação Física depende da escolha da proposta de cada equipe gestora, o que pode dificultar essa inserção. Outro polo possível de atuação do profissional de Educação Física que identificamos foi a academia da saúde. Nesse espaço, cabe ao profissional de EF, coordenar, planejar, programar, supervisionar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos lá realizados. Dadas nossas análises, entendemos a necessidade de reflexões constantes sobre a implementação de estratégias governamentais na área da saúde, bem como se deve destacar que são espaços legítimos de trabalho e atuação profissional dos enfermeiros e profissionais de Educação Física e que devem se pautar na luta pela conquista por espaço de atuação profissional.

Palavras-chave: NASF. PSF. Academia da saúde. Enfermagem. Educação Física.

No âmbito do Campus Avançado Maria Elisa de Albuquerque Maia – CAMEAM, em Pau dos Ferros - RN, os cursos de formação hoje implantados e reconhecidos, que formam profissionais de saúde são o Curso de Educação Física e o de Enfermagem. Nesse contexto, discutir os significados das estratégias governamentais em foco, nos remete a uma discussão teórica e conceitual.

¹ O presente trabalho foi apresentado em forma de conferência na V Semana de Educação Física, esporte e lazer do CAMEAM, evento realizado de 04 a 05 de agosto de 2014 e que tinha como temática central o debate sobre a saúde e a formação em Educação Física.

A *priori* é necessário contextualizar onde essas estratégias governamentais se inserem. Elas surgem no contexto do SUS. Neste, destacamos a Política Nacional de Atenção Básica, a qual aponta como fundamentos: Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; Efetivar a integralidade de forma interdisciplinar e com coordenação do cuidado na rede de serviços; Vínculo e responsabilização de forma continuada; Avaliação e acompanhamento sistemático de resultados, como parte de planejamento e programação; Estimular a participação popular e controle social (BRASIL, 2006).

Tomando esses fundamentos como base da formação e da atuação dos profissionais de saúde, espera-se que para atuar nessas estratégias, estes devam considerar também as diretrizes relativas à APS – Atenção Primária em Saúde, sendo: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde, tanto dos profissionais quanto voltadas à população; atuação com base na noção de território; integralidade, participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010).

De forma conceitual, a ESF - Estratégia Saúde da Família, surge *a priori* como o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento históricosocial, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, essa estratégia apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, a partir de um novo modelo de atenção (ROSA, 2005).

Assim, Equipe de Saúde da Família deve atuar como equipe de referência territorial, multiprofissional, interdisciplinar, com diferentes saberes para atuar num mesmo objeto e melhorar o vínculo, a integralidade e a responsabilização pelo cuidado.

A ESF encontra-se consolidada e hoje exerce a função de porta de entrada do sistema de saúde. A responsabilidade pela adscrição de uma área específica, com regras para cobertura, possibilita o suporte as necessidades básicas de assistência a saúde e a eventual referência/encaminhamento dos casos que assim necessitem.

Esso modelo traz em sua equipe mínima os profissionais: médico, enfermeiro, Técnico de enfermagem, para a ESF e o dentista, técnico do consultório dentário para a equipe de Saúde Bucal – ESB.

As ações voltadas para atenção individual e coletivas são desenvolvidas a nível de Unidade Básica de Saúde – UBS, no domicílio e demais espaços coletivos presentes na área adscrita.

Para tanto, a necessidade de aporte técnico de referência e da importância da inter e multidisciplinaridade na atuação, culminou com a proposta de criação de equipes de suporte que possibilitassem uma aproximação a integralidade da atenção. Assim, emerge a ideia do NASF.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem a partir do ato normativo do Ministério da Saúde, que mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, criou tal estratégia. Estes núcleos surgem com o propósito de dar suporte a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ampliando a rede serviços, abrangência e potencialidades da Atenção Básica (AB), visando o aumento da resolutividade, além de reforçar a lógica da territorialização e regionalização (BRASIL, 2008).

A portaria que instituiu o NASF baseava-se em uma série de pressupostos normativos, diga-se políticas, dentre elas, as de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2009).

No aparato normativo, a portaria citada aponta no Art. 2º que os NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. Já no § 3º, aponta que os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Quanto ao escopo de profissionais passíveis de serem cadastrados nos Núcleos, estão: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional. Estes devem ser cadastrados de acordo com a modalidade do Núcleo, sendo o NASF 1 composto por no mínimo 5 profissionais de diferentes categorias, vinculando-se a no mínimo 8 ESF e no máximo 20 ESF; O NASF 2 composto por no mínimo 3 profissionais de diferentes categorias,

vinculando-se a 3 ESF e o NASF 3 que deve ter no mínimo 2 profissionais de diferentes categorias, vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) ESF (BRASIL, 2009).

Com isso, essa proposta inovadora visa dar amplo apoio a atenção e a gestão da saúde na AB, por meio de suporte a ESF.

Dentre muitos compromissos, é preciso comprometimento com a promoção de mudanças na atitude dos profissionais da ESF e no próprio NASF, por meio de ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Para atingir esses compromissos, foram elencadas áreas estratégicas, sendo: Atividade Física/Práticas Corporais; Saúde Mental; Reabilitação/ Saúde do Idoso; Alimentação e Nutrição; Práticas Integrativas e Complementares; Assistência Farmacêutica; Serviço Social; Saúde da Criança/Adolescente e Saúde da Mulher (BRASIL, 2009).

Reportando aos cursos do CAMEAM, enfermagem tem espaço garantido na equipe mínima da ESF e Educação Física (EF) tem espaço possível no NASF, visto que a inserção do profissional de Educação Física depende da escolha da proposta de cada equipe gestora.

Para a Enfermagem, a ESF foi fundamental para o reconhecimento da profissão na Atenção Básica e esta desempenha papel prioritário na organização da equipe, coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde, bem como no atendimento das necessidades individuais e coletivas de saúde.

No detalhamento das atribuições, nos diversos documentos que dão suporte a estruturação e elaboração de estratégias, destacamos uma série de pontos em que o profissional de EF se insere, como: Desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade; Veicular informações que visam à prevenção; Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais; Proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF; Articular ações, de forma integrada às ESF; Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência; Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF; Capacitar os profissionais, inclusive os ACSs, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais; Supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade; Promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas

Corporais junto aos demais equipamentos públicos (Escolas, creches etc.); Articular parcerias com outros setores da área adstrita, visando o melhor uso dos espaços públicos e a ampliação das áreas para as práticas corporais; e Promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais (BRASIL, 2009).

Nas diretrizes do NASF, o profissional de Educação Física deve atentar a prática de atividade física na atualidade, reconhecendo a determinação histórica dos fenômenos, envolvendo concepções hegemônicas de corpo propagadas pela mídia, questões referentes ao gênero, a etnia, ao dia a dia do trabalhador e aos ciclos de vida, como também o acesso às práticas esportivas, a mercantilização do lazer, dentre outros (BRASIL, 2010).

Como vemos, o âmbito de atuação e as possibilidades de inserção deste profissional no NASF são imensos.

No entanto, essa inserção passa *a priori* pela escolha por parte da gestão local, a qual tem autonomia para cadastrar os profissionais que considerarem mais adequados para compor a sua equipe de atuação e que integrar a lista disponível em cada proposta de ação. É de se destacar que essa escolha deve ser baseada nas necessidades de saúde da população a ser atendida e mediante aprovação do Conselho Municipal de Saúde, dentre outras possibilidades de controle social.

Outro ponto de impasse para a escolha desse profissional pode estar atrelado a sua formação e limitações na inserção nas ações de saúde coletiva.

Para o educador físico, a inserção neste modelo repleto de profissões já consolidadas no campo da saúde com relações hierárquicas não configura uma missão fácil.

É pertinente salientar que apenas recentemente a Educação Física passou a compor a área da saúde e, talvez por isso, ainda tem tido uma atuação tímida nesse programa.

Legalmente, o reconhecimento da profissão de Educação Física e seus profissionais se deram a partir da publicação, em 1º de novembro de 1998, da lei federal nº 9696/98, com a consequente criação dos Conselhos Regionais e Conselho Federal de Educação Física (ANDERÁOS, 2005).

Anteriormente, em 1997, a Educação Física havia sido reconhecida como integrante da área da saúde por decisão do Conselho Nacional de Saúde, através da resolução CNS nº 218 de 06/03/1997 (DOU, 1997, p. 8932-3). Essa decisão que reconhece o Profissional de Educação Física (PEF) como profissional de nível superior na área da saúde, em sua justificativa, diz que esse é capaz de promover o avanço da interdisciplinaridade e da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 1997).

Ainda no âmbito normativo, a Portaria Nº 256, de 11 de março de 2013 estabelece novas regras para o cadastramento das equipes dos NASF e no Art. 6º Fica incluído, na Tabela de Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, utilizada no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o CBO provisório 2241-E1 - PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE. Em seu parágrafo único, entende por PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE, o profissional de nível superior, graduado em Educação Física em quaisquer das duas modalidades de curso existentes, a saber: licenciatura e bacharelado em Educação Física (BRASIL, 2013).

Outrossim, mesmo sendo polêmico o tema das responsabilidades de atuação dos profissionais de Educação Física nas suas modalidades de formação, estudos trazem que não há na prática, distinção no âmbito do trabalho no NASF, sejam eles licenciados ou bacharéis (SOUZA e LOCH, 2011).

Para a organização do trabalho no NASF, alguns componentes foram criados, como o Projeto Terapêutico Singular; o Projeto de Saúde do Território (PST) e o Apoio Matricial.

Quanto ao Projeto Terapêutico, a discussão em equipe de casos clínicos, principalmente se mais complexos, é um recurso clínico e gerencial importantíssimo. A existência desse espaço de construção da clínica é privilegiada para o apoio matricial e, portanto, para o trabalho dos profissionais do NASF. Assim, O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é 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.

O Projeto de Saúde no Território (PST) é pensado a partir do conceito ampliado da saúde e frente à complexidade crescente em se trabalhar com os determinantes sociais da saúde, visando organizar estratégias voltadas para as pessoas, famílias, grupo específico e comunitário. Assim, o PST pretende ser uma estratégia da ESF e NASF para efetivar ações na promoção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades, iniciando pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco.

Já o Matriciamento propõe arranjos organizacionais para diminuir a fragmentação do trabalho decorrente da especialização crescente das áreas do cuidado, proporcionando a construção de momentos relacionais de troca de saberes entre os profissionais de diferentes áreas e tem por objetivo garantir que as equipes estabeleçam relações ou se responsabilizem

pelas ações desencadeadas, garantindo a integralidade da atenção em todo o sistema de saúde (BRASIL, 2009).

O correto entendimento da expressão “apoio”, que é central na proposta dos NASF, remete à compreensão de uma tecnologia de gestão denominada “apoio matricial”, que se complementa com o processo de trabalho em “equipes de referência”. Equipes de referência representam um tipo de arranjo que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: em vez das pessoas responsabilizarem-se por atividades e procedimentos (geralmente uma responsabilidade quantitativa), o que se busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas. Ou seja, formar uma equipe em que os trabalhadores tenham uma clientela sob sua responsabilidade, por exemplo, uma equipe responsável por certo número de leitos em um hospital ou, como no caso da equipe de SF, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência. Então, aqui, é essencial ressaltarmos que, quando falamos de equipe de referência no Caderno, remetemo-nos à equipe de Saúde da Família, que é a referência de saúde para certa população na APS (BRASIL, 2009).

Esses conceitos são centrais para o entendimento da proposta do NASF e, por consequência, apontam para uma nova forma de se fazer saúde. Esta nova forma busca superar com a fragmentação do conhecimento e o isolamento dos profissionais, enfim, romper com o paradigma biomédico hegemônico da excessiva especialização (BRASIL, 2009).

O apoio matricial é constituído de profissionais especializados com a incumbência de prestar apoio a um determinado número de equipes de referência (CAMPOS, 1999). Este apoio se efetiva no oferecimento de retaguarda especializada às equipes de referência, suporte técnico-pedagógico e construção em conjunto de diretrizes clínicas e sanitárias (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Isso dito, o processo de trabalho no NASF deve ser embasado na realização de ações comuns nos territórios, atendimento e responsabilidade compartilhada, visando intervenções em conjunto, como o planejamentos, visitas domiciliares, trabalhos educativos, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, creches, etc). Além disso, os encaminhamentos para intervenções específicas são necessários, como atendimento individual do NASF. Por fim, a troca de conhecimentos entre apoiador e equipe de referência, baseada em reuniões de equipe, discussão de casos e apoio em situações de conflito completam esse arcabouço de estratégias para a efetivação do processo de trabalho.

Contudo, o NASF enfrenta os desafios de atuar como equipe de apoio, sendo a ESF a porta de entrada desse sistema. Visa, nessa parceria, romper com a lógica do encaminhamento e instituir o apoio matricial como forma de reorganização dos serviços. Além disso, refletir

sobre o papel do apoiador, sua formação para atuar na estratégia e ainda buscar saber quem vai apoiar o profissional do NASF.

Outra estratégia governamental para contribuir com a promoção da saúde é a criação das Academias da Saúde. Estas foram instituídas no âmbito do SUS pela portaria Nº719/GM/MS, de 07 de abril de 2011, tendo como objetivo, contribuir para a promoção da saúde da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011).

O custeio dessas academias pode se dar para municípios que tenham ou não NASF. No caso de existência deste, pode ser implantado até 3 polos de Academia da saúde, com um profissional com carga horária de 40 horas ou dois com 20 horas cada (Brasil, 2011).

Os objetivos dessas academias e seus polos apontam para a possibilidade de cadastramento de um novo profissional atuando nesta estratégia específica ou vinculando-se ao NASF já implantado. É notório que pelas atividades e possibilidades propostas, o profissional de Educação Física é o que se apresenta com perfil mais adequado para compor tal espaço. Com isso, este profissional ganha outra possibilidade de inserção no SUS, seja no NASF ou nos polos (BRASIL, 2011).

Essas estratégias, ESF, NASF e Academias da Saúde, são exemplos de mecanismos governamentais que apresentam financiamento federal, obtido mediante projeto aprovado em Conselho Municipal de Saúde e atendendo aos critérios exigidos, tendo ainda esse financiamento uma contrapartida municipal.

Os recursos para tal funcionamento, na forma de incentivo, passam a ser recebidos por equipe, ao passo que estas cumpram os critérios acordados, como o de manter equipe mínima de profissionais. Os recursos são mantidos fundo a fundo pelo Ministério da Saúde e hoje são a base do funcionamento da Atenção Básica em Saúde.

Frente a essas estratégias, fica para nós a reflexão de como vem se dando a formação acadêmica dos profissionais para atuarem nas mesmas. Quanto aos cursos hoje implantados no CAMEAM, sabemos que a Enfermagem tem campo garantido na ESF, sendo esse um espaço de ressignificação da atuação, no qual a categoria pode por em prática seus processos de trabalho, por meio da possibilidade de intervenções individuais e coletivas, já havendo conseguido reconhecimento.

Contudo, o profissional de Educação Física encontra espaços possíveis de atuação no NASF e nos polos das academias da saúde, podendo ser esse um espaço de ressignificação da atuação. Nessas estratégias, esse profissional é estimulado a desenvolver seu papel de

formador, identificador das necessidades individuais e coletivas, reportando-o a ser um trabalhador coletivo em saúde.

Quanto a Educação Física, de acordo com Nascimento e Oliveira (2010), estão sendo identificadas no processo de trabalho do NASF dificuldades em relação à formação dos profissionais. Esta não está sendo direcionada a atender às necessidades do SUS e menos ainda da atenção básica. O afastamento dos serviços na elaboração dos projetos pedagógicos para a formação inicial, bem como o crescimento da educação à distância na pós-graduação acabam por excluir questões importantes como o vínculo, o acolhimento, a escuta e o próprio trabalho em equipe (NASCIMENTO e OLIVEIRA, 2010).

Segundo Taffarel e Santos Junior (2010, p. 28) “[...] só em 1969 a formação de professores de Educação Física passou a ser semelhante à dos professores das demais áreas [...]”. No entanto, de acordo com Pasquim (2010), a formação profissional em Educação Física não sofreu alterações substanciais para a atuação na área da saúde, mesmo constando nas Diretrizes Curriculares que o profissional de Educação Física seja responsável pela “prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde”, sendo estas atribuições repetidas inúmeras vezes no texto, aparentemente teriam apenas sido incorporadas a fim de garantir reserva de mercado, na esperança de que a profissão conseguisse algum espaço no SUS (TAFFAREL e SANTOS JUNIOR, 2010).

O bacharelado tem atuado principalmente fora da escola, por isso tem privilegiado uma ação voltada para a prática de atividade física no sentido de estimular a mudança de estilo de vida com base comportamental. Já a licenciatura, com a sua atuação voltada para o ambiente escolar tem se dedicado pouco a pensar a intervenção do profissional de Educação Física na área da saúde (MENDONÇA, 2012).

O papel do profissional de Educação Física é fundamental, pois compete a ele coordenar, planejar, programar, supervisionar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos e programas, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos na área de atividades físicas e do desporto (BRASIL, 1998).

A análise de currículos dos cursos de bacharelado em Educação Física em universidades do estado de São Paulo constou que ainda é deficiente a formação para atuação em saúde pública. Além disso, as disciplinas que mais se aproximam para tal intervenção restringiam-se ao caráter curativo e de prescrição, havendo pouca aproximação com a formação para o trabalho em uma abordagem coletiva, o que desperta especial atenção tendo em vista que a preocupação de formar profissionais aptos para intervir nesse setor é uma

realidade e apresentada inclusive nas diretrizes do Ministério da Educação (SOUZA e LOCK, 2011).

Mediante a necessidade de uma estratégia em pleno funcionamento, apresentamos o desafio de capacitar para mudança de paradigmas: do tecnicista para o crítico e reflexivo, e sem a mínima pretensão de trazer respostas prontas, apontamos questionamentos: Estamos formando para atender a tal desafio? Nosso egresso sai com qual concepção de saúde? Quais as concepções no imaginário popular sobre tais cursos e processos de trabalho? Conseguimos ver os novos campos de prática: escolas, grupos organizados, praças, eventos, dentre outros?

Com base em interrogações como as nossas, Carvalho *et al.* (2010) investigou como o profissional de Educação Física se vê inserido no contexto do PSF/NASF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, na qual foram entrevistados vinte profissionais de Educação Física da cidade de Niterói. Os resultados apontaram que poucos são os aqueles que têm esclarecimentos sobre a saúde pública e mínima é a quantidade daqueles que se vêem inseridos em programas de saúde como o PSF. Os motivos relatados estão associados à falta de informação (CARVALHO *et al.*, 2010).

Assim, o NASF, dentre outros programas governamentais na área da saúde, configura-se como campo de trabalho, meio de atuação e de reconhecimento profissional para os profissionais de Educação Física, sendo também um desafio para a formação capacitar egressos para tal.

Em nossa vivência docente, em falas ante a alunos e professores da área, é possível ver que ainda há lacunas no conhecimento deste espaço, de suas concepções e legislação. Ao mesmo tempo, demonstra-se fragilidade e perda de espaço, o que provoca a necessidade de discussão para avançar nesse aspecto.

Quanto a formação, a fragmentação do conhecimento que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos da área da saúde predispõe que o mesmo ocorra na prática assistencial, o que cria obstáculos para a construção da integralidade (FEUERWERKER, 1998).

A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença e também a intervenção sobre seus condicionantes (NASCIMENTO, 2010).

O PPC do curso de Educação Física do CAMEAM já aponta para avanços quando descreve que a abordagem, entendida como uma “fusão de disciplinas” na formação profissional, exige da Educação Física um perfil não especialista, mas generalista, humanista e crítico-reflexivo, e que embora a formação em Educação Física pertença à grande área da

Saúde, para além desta preocupação, o CEF/CAMEAM/UERN enfatiza o seu caráter multidisciplinar referenciando também os conhecimentos produzidos no contexto das ciências humanas e sociais, bem como em conhecimentos da arte e da filosofia (PPC – Educação Física).

Já Enfermagem, em seu PPC aponta que para uma nova organização das práticas de saúde deve-se ter como objetivos, de um lado, as "necessidades sociais", reconhecidas como problemas de saúde da população, e, de outro, a resolução da maior quantidade possível de problemas, não aceitando a organização centrada exclusivamente na assistência médica individual (PPC – Enfermagem).

Consequentemente, um novo modelo das práticas de saúde pautado na realização de trabalho epidemiologicamente orientado, assumindo o cuidado de saúde na sua dimensão coletiva, na qual a clínica tem papel fundamental e indispensável, parte do modelo epidemiológico (PPC – Enfermagem).

O PPC, como referem Miranda *et al.* (2003, p.159),

[...] tem como referência o perfil sócio econômico e epidemiológico da população brasileira e da região; as transformações ocorridas no setor saúde; o redimensionamento das bases teórico-metodológicas para a formação do enfermeiro, na perspectiva de que este assuma a coordenação do processo de trabalho em enfermagem; e o código de ética e lei do exercício dos profissionais de enfermagem (MIRANDA *et al.*, 2003).

O documento ainda reporta-se ao entendimento de que, sobre as novas propostas para a formação em saúde, “Pretende-se com elas chegar a ter profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de levar em conta a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade” (FEUERWERKER, 2003, p.25).

Na perspectiva da Vigilância à Saúde, o processo de produção dos Serviços de Saúde tem como elementos: Objeto - os perfis epidemiológicos do coletivo na sua totalidade, nos grupos sociais homogêneos e na sua singularidade; Finalidade - as transformações desses perfis visando ao aperfeiçoamento dos processos saúde-doença e como Meios-instrumentos - os recursos materiais e tecnológicos, força de trabalho em saúde entre outros; O reconhecimento de tais problemas deverá estar articulado às formas de trabalhar e de viver dessa população, raízes que explicam os diferentes gradientes de saúde e doença (PPC – Enfermagem; BREILH, 1991).

No PPC de enfermagem, vemos que é necessário que esse egresso tenha uma concepção atual do Processo Saúde/Doença, determinado histórico-socialmente, no qual as

condições de vida e trabalho vão determinar diferentes potenciais de risco e benefícios que caracterizam diferentes formas de adoecer ou de estarem em equilíbrio (LAURELL, 1982).

Na concepção de modelo assistencial, o PPC aponta que a forma de produzir serviços de saúde ancorada no paradigma flexneriano, que enfatiza o processo fisiopatológico em detrimento da causa. Expressa-se por meio de elementos que se inter-relacionam: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. Como modelo contra-hegemônico, encontra-se em construção o Sistema Único de Saúde (SUS), resultante da Reforma Sanitária Brasileira, que impõe uma nova forma de se produzir em saúde. Direcionar e modificar a forma de organização e conteúdo das ações e serviços de saúde (PPC- Enfermagem).

Outrossim, esse projeto aponta a Interdisciplinaridade como alternativa para transpor as fronteiras instituídas pelas profissões, superar as endogenias, deixar de falar só com os mesmos, e, quem sabe, diluir as vaidades pessoais, que as profissões de saúde insistem em fomentar. Essa perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões, tampouco seus campos de especialidade e possibilita ultrapassar a dificuldade concreta de conviver com as diferenças, com o múltiplo, buscando um amadurecimento profissional que se reverte em uma nova prática e um novo saber ético e social (PPC- Enfermagem).

Por fim, encerramos nosso ensaio retomando as reflexões de que essas estratégias governamentais são espaços legítimos de trabalho e atuação profissional dos enfermeiros e profissionais de Educação Física e que devem se pautar na luta pela conquista por espaço de atuação profissional. Reiteramos que temos o dever de fortalecer o SUS e essas estratégias governamentais devem ser na prática uma ferramenta de mudança de modelo e que necessário se faz o (Re)conhecer das lacunas na formação, para que sejam formados egressos para o trabalho interprofissional / multiprofissional / em equipe / colaborativo, sendo essa discussão teórica, pauta para outras investidas.

REFERÊNCIAS

ANDERÁOS, M. **A reorganização profissional em Educação Física no Brasil: aspectos históricos significativos**. 2005. 184f. Tese (Doutorado em Educação Física)-Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem. CAMEAM-UERN, Pau dos Ferros – RN. **2011**

Projeto Político Pedagógico do Curso de Educação Física Modalidade Licenciatura. CAMEAM-UERN, Pau dos Ferros – RN. **2014**



Brasil, 2009. Normas e Manuais Técnicos **Cadernos de Atenção Básica, n. 27: DIRETRIZES DO NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família Brasília – DF 2009**

BRASIL, PORTARIA Nº 256, DE 11 DE MARÇO DE 2013. **Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos.** Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

DOU, **Resolução CNS nº 218 de 06/03/1997.** BRASIL, 1997, p. 8932-3.

Feuerwerker LCM. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil.** Interface: Comun Saúde Educ. 1998;2(3):51-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4). ISBN 85-334-1186-3 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf

BRASIL, 2008. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Credencia municípios conforme quantitativo e modalidade definidos, para receber o incentivo financeiro aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-Nasf.**

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família em municípios do Norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** v. 16, n.1, p 1 – 6, 2011.

BRASIL, 2011. 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. DOU.: Nº 68, sexta-feira, 8 de abril de 2011.

BRASIL. **LEI Nº 9.696/1998.** Disponível em: www.presidencia.gov.br. Acesso em: 12.03.2013.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde.** Trad. Luiz Roberto de Oliveira et al. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1991.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. **Apoio Matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cad. Saúde Pública, v.23, 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_arttext. Acesso em: 21. 01. 2014.

CARVALHO, J. C. S.; SILVA, P. O.; CRUZ, B. S. **NASF: os professores de Educação Física conhecem?** Efdeportes. v.14, n. 141, 2010.

TAFFAREL, C. N. Z.; SANTOS JUNIOR, C. L. Formação humana e formação de professores de educação física: Para além da falsa dicotomia Licenciatura x Bacharelado. In: TERRA, D. V.; JUNIOR, M. S. (Org). **Formação em educação física & ciências do esporte.** São Paulo/Goiânia: Hucitec, 2010. P. 13-47.

LAURELL, A. C. **A Saúde-Doença Como Processo Social.** Revista Latinoamericana de Salud. México, 2, 1982 p. 7-25. Trad. E. D. Nunes

MENDONÇA, Alisson Marques de. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.** Londrina, Paraná. 2012. 137f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

MIRANDA, Moêmia Gomes de Oliveira. MOURA, Abigail. LIMA, Carlos Bezerra de. **A conquista de uma paixão: a construção de marcos teóricos e metodológicos (re) orientadores da produção da força de trabalho de enfermagem no espaço da universidade.** – Mossoró (RN): UERN, 2003.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do. OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.** O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(1):92-96.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Educação dos Profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde.** Revista da Abeno, 2003; 3(1): 24-27. Disponível em: www.abeno.org.br/revista/arquivos_pdf/2003/feue.pdf. Acesso em: 1º de dezembro de 2008.

Rosa, W.A.G.; Labate, R.C. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Rev Latino-am Enfermagem. 2005; novembro-dezembro 13(6):1027-34.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. **Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família em municípios do Norte do Paraná.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. v. 16, n.1, p 1 – 6, 2011.