

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

SUEYLA FERREIRA DA SILVA DOS SANTOS

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

FLORIANÓPOLIS-SC

2012

SUEYLA FERREIRA DA SILVA DOS SANTOS

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração: Atividade Física e Saúde

Orientadora: Prof. Dr^a. Tânia R. Bertoldo Benedetti

FLORIANÓPOLIS-SC

2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

S237n Santos, Sueyla Ferreira da Silva dos
Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e a atuação
do profissional de educação física [dissertação] / Sueyla
Ferreira da Silva dos Santos ; orientadora, Tânia Rosane
Bertoldo Benedetti. - Florianópolis, SC, 2012.
185 p.: grafs., tabs., mapas

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em
Educação Física.

Inclui referências

1. Brasil - Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde
da Família. 2. Educação física. 3. Família - Saúde e
higiene.
4. Políticas públicas. I. Benedetti, Tânia Rosane Bertoldo.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Educação Física. III. Título.

CDU 796

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A dissertação: **NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

Elaborada por: Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA.

Prof. Dr. Fernando Diefenthaeler
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Educação Física

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Tânia R. Bertoldo Benedetti - Orientadora - CDS/UFSC

Prof. Dr. José Luiz Riani Costa - UNESP

Prof. Dr. Maria Cristina Calvo - CCS/UFSC

DEDICATÓRIA

*As grandes e amadas **mulheres da minha vida**: Maria José, Iraci, Gildinade, Gildeci, Maria das Graças, Jandira, Jacira e Júlia Esther.*

AGRADECIMENTOS

Àquele que está acima de todas as coisas, amada **Trindade Santa**: Deus Pai, Filho e Espírito Santo. Que pelo poder da fé me concedeu todas as graças alcançadas em minha vida;

A **Nossa Senhora Desatadora dos Nós**, “mãe cujas mãos não param nunca de servir seus amados filhos, pois são movidas pelo amor divino e a imensa misericórdia que existem em teu coração”;

Um agradecimento especial a minha **família**, que me ensinou por meio de grandes exemplos de vida, que a dedicação, determinação e serenidade são fundamentais para transformar sonhos em realidade. Como sempre ouvi: “A sorte prevalece para o espírito preparado”;

Ao **Prof. Silvio Aparecido Fonseca**, a inspiração para minha escolha profissional. Mesmo cinco anos após ter concluído o curso de graduação, não deixo de chamá-lo de professor, certamente pelo respeito que lhe devoto e os ensinamentos que nunca cessam, seja na profissão ou na vida.

À **Prof.^a Ana Maria Alvarenga**, que sempre teve sensibilidade para reconhecer cada aluno e com delicadeza conseguiu ajudar a mim e muitos colegas a superar obstáculos de qualquer ordem. Obrigado pelo carinho que teve comigo ao acolher meus desabafos em momentos difíceis.

Ao Grande **Thiago Sousa**, não haveria palavras no vocabulário para agradecer sua lealdade e descrever a cumplicidade que existe na nossa amizade. Por todos esses anos de convivência, muito obrigado! Você nem sempre falou o que eu queria ouvir, mas sempre o que eu precisava, agora eu entendo que este é o sentido da verdadeira amizade.

Aos colegas da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, do Distrito Barra - Rio Vermelho, município de Salvador: **Cláudio Luiz Santos, Carolina Dórea, Daniele Astolpho, Leila Eloy, Milena Lisboa, Simone Moura e Vanessa Strauch**. Participar desta equipe foi um privilégio, pois em conjunto aprendemos a riqueza do trabalho interdisciplinar e integrado.

Aos queridos padrinhos **Ricardo Lucas Pacheco e Giseli Minatto** que assumiram primorosamente este papel. Giseli, sua bondade, como a de uma mãe, tornou meus dias mais agradáveis. Ricardo, seus conselhos, como o de um pai, sempre me guiaram para bons caminhos.

Às minhas irmãs acadêmicas **Danielle Ledur, Fernanda Guidarini, Lucélia Borges e Maryelle Rizzati**, depois de lhes conhecer eu não poderia ser a mesma. O carisma da Mary, a generosidade da Lú, a humildade da Fê e a disposição da Dani, são pedacinhos de cada uma que guardarei como exemplo e metas para meu crescimento pessoal.

As minhas primas acadêmicas **Elisa Ferrari**, pelo acolhimento desde o primeiro momento, a **Juliane Berria**, sempre disponível e atenciosa, e a **Yara Fidelix** por ser tão amorosa e presente.

Ao **Thales Boaventura**, pois sua amizade com certeza é $p < 0,05$! Apesar do pouco tempo de convivência, você me ensinou muito.

Aos meus colegas nordestinos **Diego Silva, Filipe Costa e Kelly Silva**, certamente aqueles que chegaram depois de vocês sentiram a responsabilidade de manter a competência com que representaram nossa região no programa. Aprendi e tenho muito a aprender com vocês.

Ao **Núcleo de Cineantropometria e Desempenho Humano (NuCiDH)**, que possui uma equipe de trabalho dedicada e eficiente, mas acima de tudo é uma família unida que sempre buscou manter o bem-estar do grupo.

Ao **Prof. Edio Petroski e Prof.^a Tânia Benedetti**, que sempre oportunizaram ocasiões para o crescimento profissional dos membros do NuCiDH, depositando confiança no potencial do trabalho em equipe.

Em especial à **Prof.^a Tânia Benedetti**, agradeço a oportunidade de ser orientada pela senhora e ter aprendido muito com seu exemplo de profissional e cidadã defensora de uma saúde pública de qualidade para a população idosa.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES)**, pelo auxílio financeiro que foi fundamental para a minha dedicação exclusiva ao curso.

Ao **Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina**, pela oportunidade de aperfeiçoamento profissional, com o apoio de professores de excelência na Educação Física.

Ao grupo do **Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde)** da Educação Física. Minha gratidão a cada acadêmico, tutor e preceptor que direta e indiretamente foram motivadores para minha pesquisa, por me mostrarem constantemente os desafios da Educação Física e, principalmente, o quanto ela tem contribuído na qualificação da atenção em saúde oferecida às comunidades.

A **Prof.^a Cíntia Freitas**, pessoa indispensável para meu aprendizado e vivência acadêmica durante o Mestrado, mas que acima de tudo se demonstrou um ser humano único do qual quero sempre estar próxima e me espelhar.

Aos acadêmicos, **Liana Delfino, Daniel Eisenhut, Francielly Rosa, Leila Franz, Tiago Medeiros**, pela troca de conhecimentos que me proporcionaram no processo de co-orientação de trabalhos de conclusão de curso.

Aos demais **colegas do Programa de Pós-graduação em Educação Física** com quem tive oportunidade de conviver, e também aos que apenas tive a chance de conhecer. Todos vocês contribuíram com momentos de descontração ou de trabalho, por meio de palavras e gestos às vezes distraídos, mas que foram significativos para mim.

Ao **Sérgio, Benedito, Tiago Viktor, Prof. Fernando Diefenthaler** e **Prof. Juarez Nascimento**, pelo acolhimento às minhas dúvidas, pedidos e necessidades. Os desafios foram mais fáceis ao saber que poderia contar com pessoas implicadas e sensíveis ao problema do outro, como vocês foram comigo e tantos outros colegas.

“O SUS tem de, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável”

Antônio Sérgio da Silva Arouca, 2002

RESUMO

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Autor: Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

Orientador: Prof. Dr^a Tânia R. Bertoldo Benedetti

Este estudo analisou a expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Brasil e a atuação dos profissionais de Educação Física. Para tanto, foram levantados dados secundários referentes ao número de profissionais do NASF, equipes de Saúde da Família e equipes de NASF, obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Além disso, foram realizadas entrevistas por telefone com os profissionais de Educação Física, por uma amostra estratificada e proporcional às regiões do Brasil e modalidades do NASF. Foram investigadas as condições de trabalho, formação profissional e atividades desenvolvidas, baseadas nos fundamentos do apoio matricial (AM). Empregaram-se testes paramétricos para a análise dos dados secundários (regressão linear simples, *Anova one way*, com *post-hoc de Tukey*) e não paramétricos para a análise das entrevistas (Qui-quadrado, Exato de *Fisher*, Razão de *Odds*, pela Regressão Logística Binária e Multinomial), adotando o valor de significância de 5%. Em quatro anos de criação do NASF no Brasil, 18,6% dos municípios aderiram à proposta, obtendo um aumento médio de 6,4% ao ano na cobertura populacional do NASF. Contudo, observou-se uma expansão desigual, sendo maior a cobertura na região Nordeste e a média de profissionais na região Sudeste, sobretudo para as especialidades médicas. As cinco categorias profissionais mais recrutadas foram Fisioterapia, Educação Física, Psicologia, Nutrição e Serviço Social. A Educação Física está inserida em 49,2% das equipes de NASF; entretanto, o coeficiente de profissional por população coberta pela SF, foi menor que 1 para 100.000 pessoas. Participaram 296 profissionais de Educação Física da entrevista telefônica. Constatou-se que os profissionais do Sul apresentaram 18 vezes mais chances (IC95% 2,1-153,0) de ter vínculo empregatício estável, quando comparado com a região Norte. Quando observadas as atividades

desenvolvidas pelo profissional de Educação Física do NASF, a região Sul apresentou valores 50% acima do esperado para a realização de três ou quatro indicadores de AM. Verificou-se que a chance do profissional ter realizado três ou quatro atividades, simultaneamente, foi mais associada ao grupo etário de 29 a 39 anos (RO 7,5; IC95% 2,0-28,4), aos que trabalham no NASF desde a implantação (RO 3,9; IC95% 1,1-5,4) e aos que receberam capacitação pedagógica (RO 2,6; IC95% 1,3-5,4). Nota-se um aumento da cobertura do NASF para todas as regiões, principalmente na região Nordeste. Todavia, melhores condições de trabalho e o maior número de atividades simultâneas de AM estiveram associados à região Sul, havendo uma necessidade de criar estratégias de gestão capazes de reduzir as desigualdades na implantação e instabilidade profissional aos trabalhadores da Educação Física no NASF.

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Políticas Públicas, Educação Física.

ABSTRACT

SUPPORT NUCLEUS FAMILY'S HEALTHY IN BRAZIL AND THE INTERVENTION OF PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONAL

Author: Sueyla Ferreira da Silva dos Santos
Advisor: Prof. Dr^a Tânia R. Bertoldo Benedetti

This study has analyzed Support Nucleus Family's Healthy (NASF) expansion in Brazil and the Physical Education professional the intervention. To do so, secondary data, which were obtained from the Department of Computer Science of SUS (DATASUS), were used to verify the number of NASF professionals, Family Health and NASF teams. Additionally, a telephone interview was conducted with a sample of physical education professionals, which were selected by stratified sampling, considering regions of Brazil and NASF modalities. Based on the fundamentals of the Ministry of Health (MS), the interview was used to verify work conditions, professional formation and activities performed. Secondary data were analyzed by parametric tests (simple linear regression, Anova one way with Tukey's test) and interviews by nonparametric tests (Chi-square and Fisher's exact tests, as well as odds ratio, using binary and multinomial logistic regression). The significance level adopted was 5%. In four years of NASF establishment, 18,6% of Brazilian municipalities adhered to the proposal. NASF coverage increased 6,4% between 2008 to 2011, but the expansion was not equal, with the Northeast region showing the largest population coverage. The number of professionals has differed, mainly among medicine professionals in North and Southeast regions. Physiotherapy, Physical Education, Psychology, Nutrition and Social Services were the most recruited categories. The Physical Education was present in 49,2% of NASF teams, however, the professional coefficient for the supported population by Family Health was less than 1 per 100.000 people. Two hundred ninety-six physical education professionals were interviewed. Professionals in the South region were 19 times more likely to have work stability than those ones in the North region. In the South (CI95% 0,1-1,1) and Central-West (CI95% 0,5-1,3) regions, the professionals were 70% more likely to work only in the

NASF. Professionals in the South (OR 2,2; CI95% 0,6-7,3) and Northeast (OR 2,0; CI95% 0,7-5,6) regions were more likely to receive the pedagogical training by the health administration than professionals in the North. Regarding the activities performed by physical education professionals in NASF, the South region showed values 50% higher than the expected for the realization of three or four MS indicators. Professionals who work since NASF implantation (OR 3,9; CI95% 1,1-5,4), that received the pedagogical training by the health administration (OR 2,6; CI95% 1,3-5,4) and those ones within the age group from 29 to 39 years (OR 7,5; CI95% 2,0-28,4) were more likely to realize three or four activities simultaneously. NASF coverage has increased in all regions, mainly in Northeast. However, the better work conditions and greater number of simultaneous activities of MS fundamentals were associated to the Southeast region. Thus, it is necessary to promote managing actions to reduce inequalities in the establishment and professional instability for the physical education professional in NASF.

Keywords: Support Nucleus Family's Healthy; Public Policies, Physical Education and Training

LISTA DE QUADROS

Quadro		Página
Quadro 1.	Unidade amostral e método de seleção por estrato.....	63
Quadro 2.	Descrição das variáveis sobre a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	66
Quadro 3.	Descrição das variáveis sobre a atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.....	69
Quadro 4.	Variáveis de cada nível hierárquico de análise do perfil profissional e condições de trabalho do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.....	82
Quadro 5.	Variáveis de cada nível hierárquico de análise da atuação do Profissional Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseado nos pilares do Apoio Matricial. Brasil, 2011.....	86

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
Figura 1.	Cálculo da cobertura populacional potencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.....	68
Figura 2.	Modelo teórico do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pautado na lógica do Apoio Matricial.....	83
Figura 3.	Proporção e Intervalo de Confiança da amostra e população de profissionais de Educação Física dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.....	88
Figura 4.	Percentual de cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por Regiões do Brasil, no período de 2008 a 2011.....	92
Figura 5.	Expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo o teto de implantação e potencial de expansão no Brasil, janeiro de 2011.....	98
Figura 6.	Inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família por Unidades da Federação. Brasil, janeiro de 2011.....	108

LISTA DE TABELAS

Tabela		Página
Tabela 1.	Distribuição da população e amostra de profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por regiões do Brasil, janeiro de 2011.....	64
Tabela 2.	Distribuição dos profissionais de Educação Física para reprodutibilidade do instrumento, por regiões do Brasil.....	74
Tabela 3.	Número de municípios com equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família credenciada, e a média de equipes de Saúde Família acompanhada. Brasil, 2008 a 2011.....	91
Tabela 4.	Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, percentual bruto e ponderado de cobertura por região e no Brasil, de 2008 a 2011.....	95
Tabela 5.	Análise de regressão linear da cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas regiões e no Brasil, no período de julho de 2008 a 2011.....	97
Tabela 6.	Média de profissionais com carga horária de 40 horas semanais nos estados, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.....	101
Tabela 7.	Média de profissionais com carga horária de 20 horas semanais ou mais nos estados, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.....	104
Tabela 8.	Variáveis sócio-demográficas e de condições de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, janeiro de 2011.....	112
Tabela 9.	Formação dos profissionais de Educação	

	Física que atuam no Núcleo de Apoio á Saúde da Família, de acordo as regiões do Brasil, janeiro de 2011.....	114
Tabela 10.	Prevalência e análise ajustada das condições de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.....	117
Tabela 11.	Combinação dos indicadores relacionados ao apoio matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família para cada região do Brasil, janeiro de 2011.....	120
Tabela 12.	Prevalência e Razão de <i>Odds</i> bruta e ajustada dos fatores associados à simultaneidade de indicadores do apoio matricial dos profissionais de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, janeiro de 2011.....	124
Tabela 13.	Prevalência e Razão de <i>Odds</i> bruto dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais indicadores relacionados ao apoio matricial. Brasil, janeiro de 2011.....	128
Tabela 14.	Prevalência e Razão de <i>Odds</i> ajustado dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais indicadores relacionados ao apoio matricial. Brasil, janeiro de 2011.....	130

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas em Saúde
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária em Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC	<i>Center Disease Control</i>
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos
CLS	Conselho Local de Saúde
CP _{NASF}	Cobertura Populacional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EAB	Equipe de Atenção Básica
ESF	Equipe de Saúde da Família
GUIA	<i>Guide for Useful Interventions for Activity in Brazil and Latin America</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
K	Índice <i>Kappa</i>
Kp	<i>Kappa</i> ponderado
MEC	Ministério da Educação
MFC	Médico da Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NAISF	Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PET-Saúde	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

	Saneamento para o Nordeste
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
R	Coefficiente de Correlação Intra-Classe
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RO	Razão de <i>Odds</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade Federativa
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
TABWIN	Tab para <i>Windows</i>

SUMÁRIO

Capítulo	Página
CAPÍTULO I.....	31
1 INTRODUÇÃO.....	31
1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA.....	31
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	35
1.2.1 Objetivo Geral.....	35
1.2.2 Objetivo Específico.....	35
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	36
CAPÍTULO II.....	37
2 REVISÃO DE LITETATURA.....	37
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: a Estratégia de Saúde da Família.....	37
2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: uma lógica de trabalho baseada no apoio matricial.....	44
2.3 CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: recomendações e proposições.....	52
CAPÍTULO III.....	61
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	61
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	61
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	62
3.2.1 Determinação do Tamanho da Amostra.....	63
3.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	64
3.3 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA.....	65
3.3.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	65
3.3.1.1 <i>Variáveis do Estudo.....</i>	65
3.3.2 Validade.....	71
3.3.2.1 <i>Validade e face e conteúdo.....</i>	71
3.3.2.2 <i>Pré-testagem do instrumento.....</i>	72
3.3.2.3 <i>Análise de reprodutibilidade.....</i>	73
3.4. COLETA DE DADOS.....	75
3.4.1 Procedimentos Éticos em Pesquisa.....	75

3.4.2	Procedimento de Coleta de Dados.....	76
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	78
3.5.1	Tabulação dos Dados.....	78
3.5.2	Tratamento Estatístico.....	80
CAPÍTULO IV.....		87
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ALCANÇADA, PERDAS E RECUSAS.....	87
4.2	CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL.....	89
4.3	A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: perfil profissional e condições de trabalho.....	105
4.4	ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, BASEADO NOS PILARES DO APOIO MATRICIAL.....	118
4.5	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	131
CAPÍTULO V.....		133
5	CONCLUSÃO.....	133
	REFERÊNCIAS.....	137
	APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista.....	157
	APÊNDICE B - Manual do Entrevistador..	165
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	183
	ANEXO 1 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	185

CAPÍTULO I

1 INTRODUÇÃO

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

As políticas públicas devem ser organizadas de modo a atender as necessidades básicas da população. Entre os bens comuns do plano coletivo, a saúde destaca-se como fundamental para o bem-estar social e qualidade de vida do sujeito (PAIM, 2009). O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma das principais conquistas da sociedade brasileira, principalmente pelo seu caráter democrático. Logo, as políticas públicas fomentadas pelo SUS, devem considerar as demandas de saúde associadas aos determinantes sociais e a organização da sociedade.

A rede de atenção à saúde (RAS) articula-se de modo a garantir uma assistência integrada, resolutiva e eficaz. A coordenação da gestão deve ultrapassar barreiras entre os níveis de atenção e fronteiras territoriais, para que os recursos sejam potencializados e as oportunidades de cuidado ampliadas (MENDES, 2011). Nesse sentido, os serviços com pouca densidade tecnológica da Atenção Primária em Saúde (APS) são organizados de forma dispersa na RAS, premissa esta ratificada pelo Decreto nº 7.508/11, que aborda como porta de entrada

qualquer serviço de atendimento inicial do usuário do SUS (BRASIL, 2011a).

A Estratégia de Saúde da Família, modelo vigente de orientação da APS no Brasil, é composta por uma equipe multiprofissional que deve garantir o cuidado longitudinal à saúde da população de uma delimitada área de abrangência (BRASIL, 2006b). As evidências científicas têm destacado sua importância na organização (PAIM et al., 2011), qualificação dos serviços básicos de saúde (FACCHINI et al., 2006) e superação de problemas epidemiológicos (VICTORA et al., 2011; BARRETO et al., 2011). Tais resultados refletem o investimento social e o financiamento federal destinado aos programas vinculados à Saúde da Família (VASQUEZ, 2011; CASTRO; MACHADO, 2010), entre eles destaca-se a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mobilizado por reivindicações das equipes de saúde da família (ESF), tendo em vista a necessidade de inserir áreas correlatas para resolução dos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2008a).

A equipe do NASF não se constitui como porta de entrada do sistema, assumindo o papel de apoio às Equipes de Saúde da Família (ESF) no planejamento, execução e avaliação de ações de promoção, prevenção e cuidado à saúde da população (BRASIL, 2008a). A nova Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2011b) acrescenta importantes mudanças que contribuirão para o crescimento do NASF, entre elas a possibilidade de adesão por meio das equipes de atenção básica para populações específicas (ribeirinhas, fluviais e consultórios na rua), as academias da saúde e a ampliação da equipe de apoio, de 13

para 19 categorias profissionais diferentes, permanecendo entre estas, o Profissional de Educação Física.

Tendo em vista estas mudanças, o Ministério da Saúde (MS) estima um crescimento do NASF de 404% para os próximos anos (Rede APS, 2011). Portanto, averiguar seu processo de expansão e distribuição, assim como incentivar a adesão dos municípios a esta nova lógica de cuidado na APS é uma das etapas necessárias para consolidação do NASF. A cobertura populacional pode ser um indicador importante na definição de metas e propostas de planejamento pela gestão em diferentes níveis de organização (BODSTEIN et al., 2006).

Os profissionais do NASF dispõem de atribuições gerais e específicas, relacionadas aos fundamentos teórico-metodológicos do Apoio Matricial, que reforçam, a partir de uma matriz organizacional horizontal, a importância da integralidade, transdisciplinaridade e superação do modelo de saúde centrado na doença e no processo de trabalho fragmentado (CAMPOS, 1999). De modo específico, são apontadas ações estratégicas de Saúde Mental, Alimentação e Nutrição, Promoção de Atividades Físicas/ Práticas Corporais, Saúde da Mulher, entre outras. Cabendo ao Profissional de Educação Física, em articulação com a equipe de saúde, promover comportamentos saudáveis, valorizando a diversidade da cultura corporal, evitando resumir-se aos conteúdos tradicionais da Educação Física (BRASIL, 2009).

O papel da Educação Física e os benefícios advindos da prática regular de atividade física são constantemente divulgados nas estratégias de promoção da saúde do SUS (MALTA et al. 2009; MALTA;

CASTRO; CRUZ, 2008). Contudo, as publicações sobre o NASF e, principalmente, sobre a atuação da Educação Física, ainda são escassas, restritas a reflexões teóricas (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010; FLORINDO, 2009) ou intervenções locais de diferentes profissões (SOUZA; LOCH, 2011; BARBOSA et al., 2010; MOLINI-AVEJONAS; MENDES; AMATO, 2010). Estes conhecimentos contribuem no debate sobre as práticas em saúde. Entretanto, a priori, pesquisas abrangentes sobre o cenário de implantação e inserção da Educação Física podem contribuir de modo mais enfático para o levantamento de demandas na gestão, qualificação de recursos humanos, alocação de investimentos político e científico.

Considerando tais aspectos e a recente trajetória do profissional de Educação Física na Saúde Coletiva, foram definidas as seguintes questões a serem investigadas:

- Como ocorreu o processo de expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil?

- Qual a inserção atual e o perfil profissional da Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Brasil?

- Qual a aproximação entre as atividades desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física que atuam no NASF e a lógica de trabalho do Apoio Matricial?

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e a atuação dos profissionais de Educação Física.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, quanto à cobertura, categorias profissionais e caracterização regional;
- Verificar a inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por regiões do Brasil;
- Identificar o perfil do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por regiões do Brasil;
- Averiguar as condições de trabalho dos profissionais de Educação Física que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família;
- Investigar as práticas de promoção da atividade física/ práticas corporais desenvolvidas pelo Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseado no Apoio Matricial.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo delimita-se em abordar a implantação do NASF e a inserção do Profissional de Educação Física neste cenário de prática. Foram utilizadas duas fontes de informação, os dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a investigação primária em uma amostra representativa de profissionais de Educação Física no Brasil, considerando a proporcionalidade entre as regiões do Brasil e modalidades do NASF.

CAPÍTULO II

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL: a Estratégia de Saúde da Família

A concepção de saúde foi marcada, historicamente, pela concepção de Medicina Flexneriana, caracterizada pelo caráter curativo e medicamentoso, tratando a saúde como meramente a ausência de doença (D'AGUIAR, 2001). Novos princípios e olhares foram construídos após a crise desta concepção; o Relatório Lalonde, em 1974, que culminou, em 1978, na Conferência de Alma-Ata, contribuiu na formulação da concepção de APS (BRASIL, 2002a).

A configuração do novo cenário mundial, da globalização e urbanização, provocou o surgimento de novos problemas referentes às condições de vida e de saúde da população. O processo de transição epidemiológica, ocasionado pelo aumento na incidência e prevalência de doenças crônicas de saúde, redefiniu a transposição dos paradigmas da saúde. Os comportamentos modificáveis relacionados à saúde estão associados diretamente às condições crônicas e, para serem alcançados resultados positivos é necessário o cuidado longitudinal, requerendo o gerenciamento do cuidado à saúde da população (OMS, 2003).

Nesse sentido, na Conferência Internacional de Promoção da Saúde de Ottawa, em 1986, foi sedimentada as bases para a promoção da saúde, apontando: a saúde como parte de políticas públicas, a participação comunitária, a reorientação do sistema de saúde e as mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2002a). Portanto, as estratégias de promoção da saúde devem considerar a realidade local onde se insere, dirigindo-se às principais incidências epidemiológicas e aos aspectos sócio-culturais que permeiam o processo de saúde-doença.

O Brasil acompanhou este processo evolutivo das políticas de saúde no mundo, a partir da mobilização intelectual e política do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde. Tal processo foi denominado, como o movimento da Reforma Sanitária, inserido na luta contra a ditadura militar e na defesa à assistência primária de saúde. O principal produto desse movimento foi consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, oferecendo referencial para a formalização de um novo modelo de atenção à saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

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

A diretriz fundamental do SUS refere-se à participação social, regulamentada pela Lei nº 8.142/90, ao abordar o envolvimento da sociedade na gestão do SUS pela formação dos Conselhos de Saúde, em todas as esferas do governo e nos serviços de assistência à saúde (BRASIL, 1990b).

No entanto, mesmo a democratização sendo o principal ponto diferencial do atual sistema de saúde para as organizações anteriores, esta prática não está sendo concretizada nos espaços de gestão participativa do SUS, sendo um dos motivos à falta de conhecimento dos representantes dos usuários de saúde, sobre as bases que norteia a função legal e finalidade ideológica do Conselho de Saúde (COTTA et al., 2011).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, vem reforçar os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (hierarquização, participação popular e descentralização) do SUS e instituir a organização do sistema, pelo comando único em cada esfera de governo, onde há uma co-responsabilidade dos três entes federados (União, Estados e Municípios) na re-organização da atenção à saúde (BRASIL, 1990a).

A saúde era subdividida em três níveis de complexidade: atenção primária, a porta de entrada do usuário no SUS, destinada a co-responsabilização e integralidade no cuidado longitudinal do sujeito, na prevenção, promoção e tratamento; a média complexidade, que deve ser garantida ao usuário mediante suas necessidades de saúde, atua na realização de serviços especializados e procedimentos médicos e laboratoriais; e a alta complexidade, que atende a demanda estadual e

nacional, caracterizando-se pelos hospitais e centros de saúde de grande porte (BRASIL, 1990a).

A proposta de construção de redes de atenção à saúde, apesar de prevista desde a implantação do SUS não era bem compreendida devido a termos e ao sentido dado ao caráter hierarquizado do sistema. Os entes federados devem negociar e articular a rede, para que haja um uso racional dos recursos e a continuidade do atendimento, desmitificando a visão hierárquica dos níveis de atenção à saúde.

O decreto 7508, de junho de 2011, no artigo 2º e inciso III, vem renovar a proposta de rede em saúde, ao abordar como porta de entrada, o serviço de atendimento inicial do usuário do SUS (BRASIL, 2011). Este passo recente fortalece ainda mais a APS, que pela Estratégia de Saúde da Família, vem assumindo a responsabilidade de reorganizar o sistema de saúde.

A iniciativa que embasou a proposta da Estratégia de Saúde da Família iniciou em 1991, a partir da experiência do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde, na região Nordeste do país, cuja finalidade era reduzir os indicadores de mortalidade infantil e materna (BARROS et al., 2010). A ESF apresenta um potencial diferenciado do modelo tradicional, pois atua não somente na Unidade de Saúde da Família (USF), mas no espaço social em que os sujeitos circulam, facilitando o estabelecimento de vínculo e articulação do contexto cultural e familiar com a equipe (DIMENSTEIN et al., 2009).

Conceitualmente, a Saúde da Família é definida como “uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou

doentes, de forma integral e contínua” (BRASIL, 2001, p. 5). Seu objetivo é reorganizar a assistência saúde em novas bases, priorizando a atenção à família em seu contexto físico e social, possibilitando uma visão ampliada do processo saúde/doença (BRASIL, 2001).

A equipe mínima é composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde; quando ampliada, ela passa a contar com a presença do cirurgião dentista e do técnico de saúde bucal (BRASIL, 2001). Entre as principais atividades desempenhadas estão o cadastramento domiciliar, promovendo o cuidado longitudinal das famílias; registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na APS; o desenvolvimento de atividades de acordo ao planejamento estratégico e diagnóstico situacional; mobilização da comunidade; e parcerias com os diferentes setores sociais da sua área de abrangência (BRASIL, 2006b).

O principal desafio dos sistemas de saúde, mundialmente, trata-se da resolutividade de 80% dos problemas de saúde da população na APS (XAVIER; MACHADO, 2005). O Brasil, visando ampliar a resolutividade e qualificar a atenção em saúde, tem reformulado os aspectos normativos do sistema de saúde, conforme foi destacado com a Lei nº 7.508/11, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 na organização da saúde (BRASIL, 2011a); e pela nova Política Nacional da Atenção Básica, Portaria nº 2.488/11, que define a organização do SUS pelas RAS como eixo fundamental para centralização das necessidades da população, garantindo um cuidado integral em saúde (BRASIL, 2011b).

A RAS visa organizar as ações e serviços, coordenando o cuidado, que inicia pelas portas de entrada do SUS e se complementa

pela rede regionalizada e hierarquizada de saúde. Logo, a APS deve assumir a função crucial de gerenciar a comunicação entre o usuário e as demais estruturas da RAS (BRASIL, 2011b).

Novos mecanismos para fortalecimento da APS são apresentados, destacando-se entre eles as equipes de matriciamento, as equipes de atenção básica (EAB) para populações específicas e as academias da saúde. Em se tratando do NASF, este é formado por uma equipe multiprofissional de apoio matricial, com áreas complementares as da ESF, atuando de forma integrada a estas equipes (BRASIL, 2011b).

As EAB para populações específicas foram criadas com a finalidade de ampliar a assistência e atender as particularidades de grupos populacionais distintos. Existem duas modalidades de EAB, as equipes do consultório na rua, as ESF ribeirinhas ou fluviais (BRASIL, 2011b).

As equipes do consultório na rua são responsáveis em articular e oferecer assistência à saúde para as pessoas em situação de rua, utilizando-se de uma unidade móvel e instalações fixas de unidades de saúde no território. Esta equipe assume carga horária semanal mínima de 30 horas, funcionando no turno diurno e/ou noturno.

Quanto as ESF ribeirinhas (atendimento em unidades básicas de saúde localizadas em comunidades ribeirinhas) ou fluviais (atendimento em Unidades Básicas fluviais), o atendimento é ofertado à população Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense. A composição destas equipes assemelha-se a da ESF, contudo nas ESF ribeirinhas devem contar com um microscopista, nas regiões endêmicas

e as ESF fluviais com um técnico de laboratório e/ou bioquímico (BRASIL, 2011b).

Uma nova estrutura implantada na APS para promover a saúde da população são as Academias da Saúde, instituídas pela Portaria nº 719/11, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde na APS, a partir da construção de uma infraestrutura adequada para a orientação de práticas corporais/ atividade física, lazer e modos de vida saudável (BRASIL, 2011c). A proposta está vinculada a ESF e ao NASF, sendo este um espaço a ser utilizado por estas equipes e contempla também a contratação de um profissional de 40 horas semanais ou dois profissionais de 20 horas semanais para atuar no gerenciamento e dinamização deste espaço público.

Novos caminhos continuam sendo trilhados no SUS, e novos desafios são constantemente expostos, contudo, as críticas ainda sobrepõem o reconhecimento pelos avanços do SUS na sociedade em geral. Destaca-se que a relação com a mídia tornou o SUS invisível perante a opinião pública, prejudicando a compreensão da população sobre sua proposta (BRASIL, 2006e). A invisibilidade se deve principalmente pelo desconhecimento sobre a abrangência da assistência em saúde oferecida pelo SUS e pela centralização das atenções nas fragilidades ainda presentes.

O processo de descentralização e o financiamento persistem, desde os primeiros anos de implantação, como questões prioritárias no SUS (PAIM, 2009), e estas até hoje são debatidas para serem superadas. Portanto, pode-se supor que os avanços conquistados pelo SUS devem-

se em parte, à persistência e militância de trabalhadores, gestores e membros da sociedade organizada.

2.2 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: uma lógica de trabalho baseada no apoio matricial

Diante da complexidade presente nas questões relacionadas à saúde, observa-se que diversas áreas de conhecimento podem estar contribuindo na melhoria do panorama de saúde da população. Deste modo, o MS propôs o Apoio Matricial como estratégia integrada à APS, visando ampliar o cuidado, desconstruir a lógica de encaminhamento e estimular a co-responsabilização entre as equipes, favorecendo a construção de um “modo de fazer saúde centrada no sujeito e não mais na doença” (FURTADO, 2009, p.5).

Em Brasília, durante a Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental de 2005, o Apoio Matricial foi citado como uma forma de construir uma rede de cuidados em saúde mental a partir da APS, em municípios com menos de 20.000 habitantes (BRASIL, 2005a). Segundo Campos e Domitti (2007), esta lógica de trabalho visa garantir retaguarda especializada, suporte técnico e pedagógico às equipes de saúde, sendo um mecanismo complementar e diferenciado ao previsto por sistemas hierarquizados de saúde.

Cunha e Campos (2011) descrevem o Apoio Matricial a partir de duas dimensões: a técnica ou assistencial, caracterizada pela produção

da ação clínica com o usuário do serviço, e a dimensão pedagógica referente ao apoio educativo destinado às equipes de saúde; no entanto, estes tipos de suporte se mesclam durante o processo de trabalho. A instrumentalização desta prática pode acontecer por meio de discussões de casos e temas, planejamento estratégico e análise dos encaminhamentos.

Baseado nesse pressuposto, as especificidades adotam um lugar de apoio, em contradição à lógica de fragmentação do trabalho. Esta metodologia de trabalho oportuniza a ampliação das possibilidades de vínculo e trabalho clínico/sanitário, considerando que, isoladamente, nenhum especialista pode assegurar uma abordagem integral à saúde e estimular a autonomia do usuário (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

As primeiras experiências de Apoio Matricial iniciaram-se em 1989, nos serviços de saúde em Campinas, São Paulo, visando descentralizar os serviços de saúde mental, a partir de equipes de apoio multiprofissionais integradas às equipes de atenção básica (CUNHA; CAMPOS, 2011). Esta iniciativa expandiu para outras linhas de cuidado e devido à abrangente demanda identificada na APS e as experiências exitosas divulgadas por meio desta lógica de trabalho, criaram-se em julho de 2005, os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (NAISF), formado por quatro modalidades de ação em saúde: alimentação/nutrição e atividade física, atividade física, saúde mental e reabilitação (BRASIL, 2005c).

A referida portaria possibilitava que o município implantasse as quatro modalidades ou optasse por àquelas que dispusessem de recursos humanos e atendesse a demanda local de saúde. A equipe era composta

por no mínimo dois profissionais, exceto para as modalidades que incluíam a atividade física onde era preconizado o mínimo de três profissionais.

Para fins de financiamento, as profissões de psicologia, assistência social, nutrição, fisioterapia, educação física e, em nível técnico, instrutor de práticas corporais, deveriam compor as equipes nos municípios que implantavam todas as modalidades de NASF. Além destas, poderiam fazer parte da equipe o psiquiatra, o terapeuta ocupacional e o fonoaudiólogo (BRASIL, 2005c).

Os NAISF deveriam estar articulados aos serviços de referência e acompanhar de nove a 11 ESF, em municípios com população igual ou superior a 40 mil habitantes, exceto na região da Amazônia Legal, que as proporções eram de 7 a 9 ESF e no mínimo 30 mil habitantes (BRASIL, 2005c).

A portaria de criação do NAISF foi reajustada, incorporando novas áreas de atuação e novas diretrizes para organização do trabalho. Então, em 2008, o NASF foi criado, a partir da Portaria nº 154/08, visando fortalecer a Estratégia de Saúde da Família e aumentar a resolutividade dos problemas de saúde vivenciados no cotidiano do trabalho na comunidade (BRASIL, 2008a). Desde então, as ações estratégicas foram ampliadas para: atividade física/ práticas corporais, reabilitação, práticas integrativas e complementares, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2008a).

A partir da Portaria nº 2.488/11, o NASF passou a ser dividido entre duas modalidades: o NASF 1 que acompanha de oito a 15 ESF ou

equipes de atenção básica para populações específicas, exceto para os municípios da Amazônia Legal e Pantanal Matogrossense com menos de 100 mil habitantes, onde o NASF 1 pode acompanhar de cinco a nove ESF; e NASF 2, que acompanha, no mínimo três e, no máximo, sete ESF (BRASIL, 2011b). Anteriormente a este documento, havia a possibilidade de implantação do NASF, via consórcio intermunicipal (BRASIL, 2008a), contudo estes critérios foram revisados o que facilitou a inserção, na modalidade NASF 2, entre as equipes com menos de oito ESF implantadas, mesmo que em municípios tenha um elevado contingente populacional.

A composição das equipes de NASF é definida pela gestão municipal, considerando as necessidades locais e a disponibilidade de profissionais, ressaltando que, devido ao perfil epidemiológico dos transtornos mentais, é indicada a inserção de, no mínimo, um profissional da área de Saúde Mental (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2011b). Para o NASF 1 a soma das cargas horárias, por semana, de todos os profissionais, deve acumular o mínimo de 200 horas e, no caso do NASF 2, 120 horas. Destaca-se que nenhum profissional poderá ter carga horária menor que 20 e nem maior que 40 horas semanais (BRASIL, 2011b).

Em 2011, o número de categorias profissionais foi ampliado de 13 (BRASIL, 2008a), para 19 categorias diferentes (BRASIL, 2011b), sendo estas:

“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) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas” (BRASIL, 2011b, p.52).

Cada área de conhecimento dispõe de atribuições específicas que orientam a atuação no NASF, colaborando na definição de papéis profissionais e institucionais. Dentre as responsabilidades e atribuições gerais do NASF, destaca-se a priorização do público alvo e das atividades, de acordo com a realidade de cada área coberta pela ESF; desenvolvimento conjunto de ações intersetoriais; promoção da gestão integrada; qualificação da comunicação e divulgação das atividades dos NASF e das ações educativas; elaboração de projetos terapêuticos singulares por meio de discussão periódica dos casos clínicos entre NASF e ESF (BRASIL, 2008a).

As diretrizes ministeriais apontam ainda que o processo de trabalho da equipe deve, conjuntamente com as ESF, priorizar intervenções interdisciplinares, pelo atendimento compartilhado, construção de projetos terapêuticos singulares, ações comuns no território, apoiando grupos e desenvolvendo o projeto de saúde do território, em conjunto com os equipamentos sociais e comunitários. As intervenções específicas com os usuários, em forma de atendimento

individualizado, somente devem ocorrer em casos específicos (BRASIL, 2009).

Por se tratar de uma política recente no campo da saúde, entende-se que esse processo de construção enfrente algumas dificuldades, que devem ser contrastadas pela re-significação do cuidado e envolvimento dos atores que contextualizam esse processo de trabalho, de modo a determinar o seu papel social e organizacional no sistema de saúde. Dimenstein et al. (2009) referem que o Apoio Matricial ainda não está claro para as ESF, constando incertezas e expectativas equivocadas em relação à proposta. Cabe então considerar que, conseqüentemente, tal evidência pode refletir na compreensão das ESF sobre o NASF.

Problemas estruturais são passíveis de ocorrer, devido à escassez existente de serviços especializados, que podem induzir uma visão reduzida da assistência oferecida pelo NASF, considerando-o como substitutivo destes serviços, que correspondem a outros níveis de complexidade na RAS (CUNHA; CAMPOS, 2011). Os desafios para a concretização do NASF ocupam dimensões abrangentes e, portanto, necessitam de medidas bem estruturadas que auxiliem nos processos decisórios da gestão em saúde e na integração da APS à rede assistencial.

No processo de avaliação da APS, o MS desenvolveu o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços (BRASIL, 2003). Em específico, na Estratégia de Saúde da Família, estudos de linha de base foram desenvolvidos a partir do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), contribuindo significativamente para a avaliação,

planejamento e gestão da proposta (FELISBERTO et al., 2004; BODESTEIN, et al., 2006, FACCHINI et al., 2006).

Entretanto, apesar destas iniciativas, ainda não é perceptível uma mudança do modelo médico assistencial predominante. O que se percebeu foi uma manutenção do modelo vigente antes da implantação da Estratégia de Saúde da Família (SOUSA, 2008; CAMARGO Jr et al., 2008). Em se tratando do NASF, até o momento não foram divulgados, projetos ou iniciativas semelhantes ao PROESF, porém, conforme ressaltam Tanaka e Oliveira (2007), desde a implantação de uma política ou tecnologia de saúde, estudos de monitoramento e avaliação são necessários para alcance de metas e qualificação de programas ou serviços de saúde.

A produção científica divulgada sobre o NASF concentra-se principalmente em conceitos, teorias e investigações de campo, referentes às intervenções centralizadas em uma realidade ou categoria profissional específica. Porém, estas contribuem significativamente para o conhecimento sobre a dinâmica de trabalho de equipes do NASF, no cuidado compartilhado com as ESF.

Observa-se uma busca dos profissionais em aproximar a sua atuação às diretrizes previstas para organização do NASF. No entanto, conforme ressalta Sundfeld (2010), a normatização de conceitos sobre uma lógica de trabalho diferenciada não permite a transformação da realidade; esta mudança prevê, anteriormente, a reforma de pensamento dos atores envolvidos no cotidiano de trabalho.

Uma das dificuldades apontadas para mudança do modelo assistencial pelos profissionais do NASF tem sido a formação, que não

oferece suporte para fundamentar e ampliar as práticas de saúde, numa perspectiva de saúde coletiva (SOUZA; LOCH, 2011) e, por vezes, provoca dependência da equipe e comunidade ao profissional, por serem oferecidas intervenções com enfoque meramente curativo (BARBOSA et al., 2010).

Os Ministérios da Saúde e Educação compartilham esta emergente demanda de qualificação da formação profissional em saúde, visando à construção de políticas que aproximem o futuro profissional de saúde da realidade da saúde brasileira (BRASIL, 2005). As Instituições de Ensino Superior, em contrapartida, necessitam reformular os projetos pedagógicos dos cursos, de modo a desenvolver as competências necessárias para a atuação do profissional no ambiente de trabalho.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) apresenta-se como uma proposta que integra ensino e serviço, com ênfase na APS. Este visa transformar a organização do cuidado em saúde, anteriormente centrada no atendimento hospitalar. Suas ações englobam a reestruturação curricular à transformação na prestação de serviços em saúde oferecidos à população (BRASIL, 2005b).

Os cursos vinculados ao Pró-Saúde, devem desenvolver um planejamento curricular que embase teoricamente os acadêmicos e os insira em atividades de ensino-aprendizagem no campo de atuação do SUS. O Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) é uma estratégia para permitir esta aproximação (BRASIL, 2008b). Inicialmente, os cursos envolvidos eram Medicina, Enfermagem e

Odontologia, porém, foram ampliados para as demais categorias da saúde. O objetivo principal do PET-Saúde é formar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS. A equipe é constituída por estudantes do curso de graduação em saúde, mediante bolsa ou voluntariado, professores tutores e a preceptoria dos profissionais da rede de serviços em saúde (BRASIL, 2008b).

Os elementos presentes nesta experiência oferecem um aporte para a construção das competências necessárias para a atuação profissional no NASF, com destaque para o trabalho em equipe, a interação comunicativa horizontal entre as profissões e o vínculo (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). A partir do trabalho multiprofissional e interdisciplinar presente neste novo modelo, espera-se que o futuro profissional ultrapasse as especificidades da sua profissão, incorporando diferentes saberes, potencializando a integralidade do cuidado e a articulação com a rede de assistência em saúde.

2.3 CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: recomendações e proposições

O MS, a partir de projetos e programas de promoção da saúde, que incluem a atividade física e outros hábitos de vida saudáveis, oferece um diversificado campo de atuação para a Educação Física, na área da saúde pública (BRASIL, 2002 b; MALTA et al., 2009). A

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio de diretrizes internacionais da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física da OMS, destacou a atividade física entre as ações prioritárias no SUS (BRASIL, 2006a; MALTA et al., 2009).

Intervenções específicas nesta área são apontadas pela PNPS, sendo enfatizada a articulação com a rede básica de saúde na oferta de atividades físicas à comunidade, mapeamento das práticas existentes no território, capacitações aos trabalhadores de saúde em conteúdos relacionados à temática, e articulação com gestores do SUS e demais redes sociais para a construção de ambientes saudáveis e adequados para a realização de atividades físicas (BRASIL, 2006a).

As atividades de aconselhamento, divulgação e mobilização social também são estratégias de promoção da atividade física que podem ser incentivadas por meio de campanhas, redes de troca de experiências e pelo resgate da prática de atividade física regular nos espaços públicos e ambientes de trabalho. Estas ações estão sendo efetivadas desde 2005 pelo governo federal, com o financiamento de projetos para a rede de promoção da atividade física e hábitos saudáveis, assim como por mecanismos de comunicação e informação qualificada sobre os hábitos saudáveis, como o “Brasil Saudável”, em 2005, e o “Pratique Saúde”, em 2006 (MALTA et al., 2009).

As publicações sobre projetos de promoção de atividade física, vinculados à Estratégia de Saúde da Família, demonstraram que os adultos e idosos são o principal público nas atividades (MORAES et al., 2010; SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011). As ações desenvolvidas diversificam-se entre práticas orientais, como o Lian Gong e Tai-chi-

chuan (MORAES et al., 2010), palestras educativas (NAKAMURA et al., 2010; SILVA; MATSUDO; LOPES, 2011), atividades de ginástica (BORGES, 2009; MORAES et al., 2010; SILVA et al., 2011) e dança (SILVA et al., 2011).

Quanto ao financiamento e parcerias, o envolvimento com centros de pesquisa e universidades articuladas à Secretaria Municipal de Saúde, foi um fator comum entre os programas de atividade física, integrados à ESF. O financiamento, quando existiu, derivou da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (MORAES et al., 2010), Ministério da Saúde (MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (NAKAMURA et al., 2010).

Entre outras ações relacionadas ao estilo de vida saudável, destaca-se o planejamento urbano, de forma a favorecer o deslocamento ativo, um desafio para os Ministérios da Saúde, das Cidades e do Meio Ambiente. As intervenções como o Dia Nacional “Na Cidade sem Meu Carro” são exemplos de ações intersetoriais de promoção da saúde, referente a um problema que reflete tanto nas questões relacionadas ao sedentarismo, como na conscientização da população para os prejuízos ambientais provenientes do uso indiscriminado do carro (MALTA; CASTRO; CRUZ, 2008).

Como estratégia de implementação da PNPS, foi incentivado o fomento de pesquisas destinadas a investigar o impacto das ações de promoção da saúde na população (BRASIL, 2006a). Destaca-se a importância dada à articulação com instituições de ensino e pesquisa para desenvolvimento de estudos avaliativos, que produzam evidências

sobre a efetividade dos recursos investidos nas ações de atividade física/práticas corporais.

O MS, em cooperação técnica com estados e municípios, realizou, em 2006, o “I Seminário Nacional sobre Atividade Física” e, em 2007, promoveu uma atualização em avaliação de programas de atividade física, subsidiando a implementação da agenda da PNPS (MALTA et al., 2009). Em parceria, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e demais instituições de ensino superior, desenvolveu O Projeto *Guide for Useful Interventions for Activity in Brazil and Latin America* (GUIA), para avaliar a efetividade de intervenções de promoção da atividade física na América Latina (HOENER et al., 2008, PRATT et al., 2010).

Os resultados apontados na revisão sistemática do Projeto GUIA identificaram a falta de literatura nos países da América Latina referente às intervenções comunitárias, além da necessidade de maior rigor metodológico quanto à descrição das intervenções desenvolvidas. Dos 1.045 estudos relacionados à atividade física encontrados, apenas 19 atenderam aos critérios de seleção (HOENER et al., 2008).

Estudos avaliativos desenvolvidos em programas de atividade física identificaram uma percepção positiva do programa pelos usuários e melhor percepção de saúde quando comparado com não-usuários do serviço (HALLAL et al., 2010), assim como o aumento do nível de atividade física no lazer, a partir da participação atual ou pregressa no programa de atividade física (MENDONÇA et al., 2010b). Observa-se que tais investigações centraram-se na avaliação do efeito da

intervenção nos usuários, cabendo também avaliações relacionadas à organização e sustentabilidade dos programas de atividade física.

Quando analisadas as questões referentes aos conhecimentos e atitudes, os estudos apontam que o aconselhamento para a prática da atividade física em Unidades de Saúde da região Nordeste e Sul é baixa, independente do modelo de assistência, seja na USF ou Unidade Básica tradicional (SIQUEIRA et al., 2009). Porém, estudos de intervenção ressaltam que esta prática, quando pautada na teoria educacional de Paulo Freire, é apontada como um bom instrumento de intervenção de atividade física na promoção da saúde (GOMES; DUARTE, 2008).

A educação para a saúde, mediante programas de promoção à saúde, tem sido apontada como importante meio de desenvolvimento de valores relativos à adoção de um estilo de vida saudável (SIQUEIRA et al., 2009). Tais práticas estão entre as prioridades da APS, pois possibilitam que a gestão, os usuários e os profissionais de saúde reorientem suas ações e incentivem a adoção de comportamentos saudáveis à população assistida.

Siqueira et al. (2008) verificou que nível de atividade física, entre adulto e idosos assistidos por Unidades Básicas de Saúde, são menores entre os grupos economicamente desfavorecidos. A garantia da equidade social no acesso às práticas de atividade física é um desafio para a Educação Física, quando pautada numa perspectiva coletiva de saúde. Esta perspectiva, por sua vez, permite um olhar ampliado para o sujeito, considerando não somente o aspecto biológico, como também o psicológico, social, ambiental e cultural.

Algumas críticas são apresentadas à concepção de promoção da saúde veiculada nos programas de promoção da atividade física, julgando estes como conservadores e baseados em mudanças comportamentais individuais. O suporte a esta análise foi justificado pelas campanhas midiáticas destes programas disporem de conteúdos que discordam do cotidiano da maioria da população e prevê uma responsabilização do sujeito e organizações pela doença ou problema de saúde, desconsiderando o contexto social, econômico e cultural (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011).

Carvalho (2006) relata a tensão existente entre a prática de atividade física associada à redução de doenças e a transformação desta visão para a produção da saúde, ressaltando ainda que:

“Não podemos deixar de lado a doença, mas precisamos estar atentos para o fato de que a depender de como se considera a doença se desloca o foco do sujeito doente para o fenômeno doença e se perde o sujeito, transformando a doença em estigma para o doente” (CARVALHO, 2006, p. 36).

Marcondes (2007) apresenta o serviço de saúde como um espaço em que a Educação Física poderá permitir uma “aproximação do ser humano com seu corpo” (MARCONDES, 2007, p.160), sendo desenvolvidas as atividades a partir das demandas próprias de cada serviço ou comunidade. Observa-se, então, este espaço como promissor para a ressignificação do cuidado em saúde e, principalmente, na Educação Física.

A prática do Profissional de Educação Física no NASF deve fundamentar-se no conceito ampliado de saúde do SUS (BRASIL, 1988) e no AM. Nas diretrizes para o NASF foi enfatizada as intervenções que incluem toda a comunidade adstrita, sem restrição por adoecimentos ou vulnerabilidades, fornecendo espaços de inclusão social e autocuidado (BRASIL, 2009).

As Academias da Saúde, instituídas pela Portaria nº 719/11 (BRASIL, 2011c), despontam como um importante espaço de fomento à atividade física. Esta proposta busca contribuir na ampliação de oportunidades de lazer e desporto nas comunidades, a partir de uma infraestrutura e equipamentos adequados, sob a supervisão de profissionais qualificados a oferecer orientação na prática de atividade física.

Estes novos campos de trabalho têm agregado expectativas quanto à inclusão do Profissional de Educação Física no SUS; contudo, estas não devem se restringir em uma tentativa de garantir reserva de mercado (PASQUIM, 2010). A transformação da formação profissional parece fundamental; afinal, estudos revelam que a estrutura curricular dos cursos de formação inicial em Educação Física, não tem preparado o profissional para atuação na saúde. Nos currículos que abordam esta temática são predominantes os conceitos de abordagem curativa e prescritiva (ANJOS, DUARTE, 2009), ressaltando que o enfoque humanista da saúde, quando abordado, acontece nos cursos de licenciatura (BRUGNEROTTO, 2008).

Destaca-se ainda, que, as vivências práticas nos serviços do SUS, ou especificamente na APS, são escassas (ROSA, 2011) ou inexistentes

(BRUGNEROTTO, 2008) nas disciplinas ofertadas no eixo da saúde. Portanto, as instituições formadoras necessitam atentar-se à reformulação curricular, tendo em vista as competências profissionais necessárias para atuação no campo da saúde.

Coutinho (2001), a partir da técnica *Delphi*, identificou 58 competências profissionais necessárias para a atuação da Educação Física na APS. Em geral, foi destacada a integralidade da atenção, a articulação intersetorial, a humanização e o trabalho em equipe. A agregação destes atributos aos conteúdos da Educação Física permitirá a produção do cuidado, respeitando a complexidade e singularidade dos sujeitos.

A participação da Educação Física em projetos do PET-Saúde da Família (BRASIL, 2011) e programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Brasil (BRASIL, 2006c), apesar de ainda não ser expressiva, indica perspectivas de crescimento, tendo em vista as possibilidades que o profissional de Educação Física tem alcançado no SUS. A Estratégia de Saúde da Família, em paralelo ao processo de expansão, recebeu o investimento na qualificação profissional pelo governo federal, por meio das residências multiprofissionais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Espera-se uma nova progressão desta iniciativa, com a expansão do NASF, visto que a força trabalhadora em saúde no SUS se amplia.

CAPÍTULO III

3.0 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo caracteriza-se, quanto à natureza, como pesquisa aplicada, de abordagem quantitativa, tendo como objetivo apresentar dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000). Contudo, nos estudos quantitativos, podem emergir questões a serem analisadas qualitativamente (MINAYO, SANCHES, 1993).

Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa empírica, descritiva. Segundo Pereira (2008), o estudo descritivo tem por objetivo informar a distribuição de um determinado evento na população.

No que se refere aos procedimentos técnicos, é definida como uma pesquisa exploratória, pois objetiva estabelecer uma familiarização com o fenômeno investigado e compreender melhor temas de estudo ainda pouco explorados (GIL, 1999).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo compreende as equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família do Brasil e os profissionais de Educação Física deste serviço. Foi estabelecido como corte para determinação da população o cadastramento das equipe e profissional no DATASUS/CNES no mês de janeiro de 2011. Foi previsto um período mínimo de três meses para implantação da equipe e adaptação do profissional ao serviço.

As informações utilizadas para determinação da população foram de acordo os dados encaminhados pelas Secretarias de Saúde Estaduais e a consulta das seguintes especialidades profissionais cadastradas no CNES: avaliador físico; ludomotricista; preparador de atleta; preparador físico; técnico de desporto Individual e Coletivo, exceto futebol; técnico de laboratório e fiscalização desportiva; treinador de futebol (BRASIL, 2008c).

Em relação às equipes de NASF, também foi consultado o número de equipes de NASF cadastradas no período de julho de 2008 a julho de 2011, devido à data de vigência da Portaria nº 154/08 (BRASIL, 2008a). O Quadro 1 apresenta o método utilizado para a seleção da amostra de profissionais de Educação Física do NASF.

Quadro 1. Unidade amostral e método de seleção por estrato

Estratos	Unidade Amostral	Seleção
I	Regiões	Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul
II	Modalidade de NASF	NASF 1, NASF 2, NASF Consórcio Intermunicipal
	Profissional de Educação Física	* Amostragem aleatória sistemática

* Seleção feita pelo Programa Research Randomizer

3.2.1 Determinação do tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi estabelecido conforme procedimentos descritos por Luiz e Magnanini (2000) para populações finitas, adotando-se a equação demonstrada abaixo:

$$n = \frac{Z^2 \alpha_{/2} N (1 - P)}{\epsilon_r^2 P (N - 1) + Z^2 \alpha_{/2} (1 - P)}$$

Onde: n = tamanho da amostra; $Z^2 \alpha_{/2}$ = nível de confiança; N = tamanho da população; P = prevalência estimada; ϵ_r = erro relativo.

Neste cálculo, foi adotado um nível de confiança de 95%, considerando uma população de 738 profissionais de Educação Física e erro tolerável de amostragem de 5 p.p. (pontos percentuais), resultando numa amostra necessária de 253 sujeitos, considerando a frequência de 50%. Nesta primeira estimativa de tamanho amostral, foram acrescentados 20% de entrevistas, para controle de fatores de confusão em estudo de associação, indicando uma amostra necessária de 303 sujeitos (Tabela 1). A fim de compensar eventuais perdas e recusas foi

selecionada uma amostra reserva de 20% (n=61), sendo esta estratificada segundo as regiões do Brasil.

Tabela 1. Distribuição da população e amostra de profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por regiões do Brasil, janeiro de 2011.

Regiões	População		Amostra
	N	%	N
Norte	41	5,5	17
Nordeste	365	49,4	149
Sudeste	210	28,4	86
Sul	81	10,9	34
Centro-Oeste	41	5,5	17
Total	738	100	303

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Brasil: janeiro de 2011.

3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos os profissionais do quadro permanente e temporário das Secretarias Municipais de Saúde, com atuação efetiva por, no mínimo de três meses no NASF, visando minimizar os efeitos do período de adaptação e integração entre as equipes. Foram excluídos os profissionais que apresentaram, durante o período de coleta de dados, as seguintes características: (a) profissionais inativos; (b) afastados ou à disposição de outros órgãos do Governo Municipal; (c) gozo de licença de diferentes naturezas ou férias.

3.3 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE MEDIDA

3.3.1 Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados com os profissionais de Educação Física do NASF foi realizada por meio de um roteiro de entrevista telefônica (APÊNDICE B). O instrumento consta de 59 questões estruturadas e semi-estruturadas (dissertativas), subdivididas nas sessões de dados sociodemográficos (n=6), condições de trabalho (n=29) e apoio matricial (n=24).

Para a coleta de dados sobre a implantação do NASF foram selecionados e adaptados indicadores do MS utilizados para monitoramento e a avaliação de expansão da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006d).

3.3.1.1 Variáveis do Estudo

Na primeira fase da pesquisa foi realizada uma análise diagnóstica da implantação do NASF, sendo selecionadas as seguintes variáveis, conforme é apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Descrição das variáveis sobre a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Variáveis	Tipo	Descrição
População	Exploratória	População estimada pelo IBGE
Ano	Exploratória	2008, 2009, 2010 e 2011
Unidade da Federação	Controle	Estados Brasileiros
Regiões do Brasil	Controle	Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste
Município	Exploratória	Unidade/nominal
Número de NASF	Exploratório	Unidade/valor absoluto
Número de ESF	Exploratório	Unidade/valor absoluto
Modalidade de NASF	Exploratório	NASF 1, NASF 2 e NASF 1 Consórcio Intermunicipal
Profissionais com regime de 20 horas semanais	Exploratório	Assistente Social, Psicólogo(a), Fonoaudiólogo(a), Nutricionista, Profissional de Educação Física, Farmacêutico(a)
Profissionais com regime de 40 horas semanais	Exploratório	Especialidades Médicas (Psiquiatra, Pediatra, Homeopata, Ginecologista Acupunturista), Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional
Cobertura do NASF	Dependente	Razão entre a população assistida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a população geral
Teto de implantação do NASF	Dependente	Total de equipes de NASF que podem ser implantadas
Potencial de Expansão do NASF	Dependente	Diferença entre o Número de equipes implantadas e o teto de implantação do NASF
Inserção do Profissional de Educação Física no NASF	Dependente	Proporção entre o número de NASF e o número de Profissionais de Educação Física do NASF

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

A informação referente à variável população regional, em cada ano, foi obtida pelos censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) dos anos de 2000 e 2010 e as estimativas para os anos intercensitários (BRASIL, 2011g). O número de ESF e NASF para cada ano investigado foi coletado pelo CNES (BRASIL,

2011d). As equipes do NASF foram agrupadas em duas modalidades, o NASF 1, incluso também o NASF 1 por consórcio intermunicipal, que acompanha de oito a 20 ESF, exceto nos municípios da região Norte com menos de 100.000 habitantes, onde o mínimo preconizado é cinco ESF; e o NASF 2, habilitado para municípios com densidade populacional inferior a 10 habitantes/km² e que acompanha, no mínimo, três ESF (BRASIL, 2008a).

Para determinar o percentual de cobertura potencial do NASF, para os anos de 2008 a 2011, foi utilizado como parâmetro o cálculo do percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, definido como a razão entre a população acompanhada por cada ESF, aproximadamente 3.450 pessoas, dividida pela população geral, tendo como limite a cobertura de 100% (BRASIL, 2006d, 2011e).

O cálculo de cobertura adaptado para o NASF diferencia do anterior na estimativa da população assistida. A cobertura populacional potencial do NASF corresponde ao número de ESF que são acompanhadas por cada NASF, multiplicado por 3.450 pessoas. Esta estimativa é dividida pela população total de cada região e do Brasil, limitada na cobertura de 100%. Tendo em vista que a unidade de análise foram regiões do país, foram identificados estes valores para cada modalidade de NASF (Figura 1).

Cobertura Populacional Potencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CP_{NASF})

$$CP_{NASF} = \frac{[N^{\circ} NASF 1 \times (\bar{X} ESF-NASF 1 \times 3.450)] + [N^{\circ} NASF 2 \times (\bar{X} ESF-NASF 2) \times 3.450] \times 100}{População do IBGE}$$

\bar{X} ESF-NASF 1: Média de equipes de saúde da família acompanhadas pelo NASF 1;
 \bar{X} ESF-NASF 2: Média de equipes de saúde da família acompanhadas pelo NASF 2.

*** Fonte (informação)**

Numerador: Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (estimativa do número de equipes de Saúde da Família acompanhada por cada equipe de NASF)
 Denominador: Base demográfica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (estimativa populacional)

Figura 1. Cálculo da cobertura populacional potencial do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.

Para caracterização da implantação do NASF foram utilizados indicadores de Teto de Implantação e Potencial de Expansão, adaptados ao utilizado para a ESF (OPAS, 2002; BRASIL, 2011f). O Teto de Implantação do NASF corresponde ao máximo de equipes de NASF que poderiam ser aprovadas pelo MS para implantação. Considerando o cenário de implantação da Saúde da Família no período em que foi realizada a coleta de dados, foi investigado o Teto de Implantação do NASF, pela razão entre o número de ESF implantadas e o mínimo de ESF preconizado pra cada NASF (n=8), sendo então, o Potencial de Expansão a diferença entre o Teto de Implantação de NASF e o número de NASF cadastrados em janeiro de 2011.

Para averiguar a inserção do Profissional de Educação Física no NASF foi calculada a razão entre o número de Equipes de NASF e profissionais de Educação Física, por Unidade da Federativa (UF). O

coeficiente de profissionais de Educação Física do NASF por população coberta pela Estratégia de Saúde da Família também foi calculado para cada UF, baseado no indicador de Número de profissionais por habitantes (OPAS, 2002). No cálculo realizado, o numerador foi definido pelo número de profissionais de Educação Física no NASF e o denominador a população assistida pela Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011f); este resultado foi multiplicado pela constante de 100.000 habitantes.

As variáveis apresentadas no Quadro 3 foram inseridas no Roteiro de entrevista destinado aos profissionais de Educação Física e englobam as características sociodemográficas, as condições de trabalho e o Apoio Matricial às ESF.

Quadro 3. Descrição das variáveis sobre a atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.

Variáveis	Tipo	Categoria
Sóciodemográfico		
Sexo	Exploratória	Masculino e feminino
Grupo Etário	Exploratória	20 - 29, 30 - 39 e 40 anos ou mais
Escolaridade	Dependente/ Controle	Graduação e Pós-Graduação (Stricto Sensu ou Lato Sensu)
Habilitação Profissional	Dependente/ Controle	Licenciatura de atuação Plena, licenciatura e bacharelado
Tipo de IES	Dependente/ Controle	Públicas (Estadual e Federal) e privada
Condições de Trabalho		
Vínculo Empregatício	Dependente/ Controle	Estável (concurso temporário ou efetivo) e precarizado (terceirizado, contrato, cargo de comissão e outros)

IES: Instituição de Ensino Superior; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família; CLS: Conselho Local de Saúde; ES: Educação Em Saúde; EP: Educação Permanente; CS: Controle Social; CA: Clínica Ampliada.

Continua na próxima página

Continuação do Quadro 3. Descrição das variáveis sobre a atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.

Carga Horária	Dependente/ Controle	Menor que 40 horas e igual ou superior a 40 horas semanais
Trabalho em outro serviço	Dependente/ Controle	Sim e não
Capacitação pedagógica pela gestão municipal e estadual	Dependente/ Controle	Sim e não
Recursos materiais e estrutura física	Dependente/ Controle	Sim e não
Avaliação Periódica pela gestão municipal	Dependente/ Controle	Sim e não
Tempo de Serviço no NASF	Dependente/ Controle	Inserido desde a implantação do NASF e inserido após a implantação do NASF
ESF acompanhadas pelo NASF	Dependente/ Controle	Até 10 ESF e mais de 10 ESF
Apoio Matricial		
Educação em Saúde (ES)		
Atividade em grupo na Unidade de Saúde da Família	Dependente	Realizou e não realizou
Atividade em grupo na Comunidade	Dependente	Realizou e não realizou
Frequência de realização das atividades em grupo	Dependente	Uma vez por semana ou mais e menos de uma vez por semana
Educação Permanente (EP)		
Ações pedagógicas realizadas pelo NASF para as ESF	Dependente	Realizou e não realizou
Reuniões periódicas com a ESF	Dependente	Participou e não participou
Reuniões Técnicas do NASF	Dependente	Participou e não participou
Controle Social (CS)		
Atividade de sensibilização para a formação do CLS	Dependente	Participou ou realizou e não participou ou realizou

IES: Instituição de Ensino Superior; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família; CLS: Conselho Local de Saúde; ES: Educação Em Saúde; EP: Educação Permanente; CS: Controle Social; CA: Clínica Ampliada.

Continua na próxima página

Continuação do Quadro 3. Descrição das variáveis sobre a atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.

Controle Social		
Atividade Educativa com os Conselheiros Locais de Saúde	Dependente	Participou ou realizou e não participou ou realizou
Clínica Ampliada (CA)		
Realização de projeto terapêutico singular com a ESF	Dependente	Sim e não
Realização de atividade de interconsulta	Dependente	Sim e não
Combinação das Atividades de Apoio Matricial		
Simultaneidade de indicadores relacionados ao apoio matricial	Dependente	Nenhum indicador, um indicador, dos indicadores, três ou quatro indicadores
Combinações de três ou quatro indicadores	Dependente	ES/EP/CS/CA; ES/EP/CS; ES/EP/CA; ES/CS/CA; EP/CS/CA

IES: Instituição de Ensino Superior; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família; CLS: Conselho Local de Saúde; ES: Educação Em Saúde; EP: Educação Permanente; CS: Controle Social; CA: Clínica Ampliada.

3.3.2 Validade

3.3.2.1 Validade de face e conteúdo

A validade de face e conteúdo foi realizada pelo procedimento de julgamento por especialistas com reconhecido saber na área da Educação Física ou Saúde Pública. Para tanto, foi formado um painel com sete especialistas com o título de doutor, ou com notório saber na área. A validade de conteúdo foi medida por uma escala *Likert* de 1 a 10

pontos para cada questão, sendo os valores de 1 a 3 considerados não válido, 4 a 7 pouco válidos e 8 a 10 válidos.

Aos especialistas foi enviado, via e-mail, o instrumento, juntamente com um convite para emitir parecer relativo aos seguintes aspectos: a) clareza das questões; b) consistência com a literatura; c) retirada e / ou inclusão de alguma questão e d) forma geral. Ressalta-se que, nos convites enviados aos especialistas foi descrito o caráter voluntário da participação dos mesmos e, também, o prazo máximo de quinze (15) dias para retorno do parecer (via *e-mail*). Foi considerado um painel mínimo para a validade de face e conteúdo, o parecer de dois especialistas.

Ao final do prazo determinado, foram recebidos os pareceres de três especialistas, apresentando o escore médio de 82,4% de validade. Segundo Dal Pupo, Schütz e Santos (2011) o índice maior ou igual a 80% é considerado válido para um instrumento de pesquisa. Logo, este instrumento foi considerado válido, de acordo com o parecer dos especialistas. Após atender às sugestões foi formulada a segunda versão do instrumento de medida, submetida ao procedimento de pré-testagem, para verificar a clareza das questões.

3.3.2.2 *Pré-testagem do instrumento (Clareza e Aplicabilidade)*

Para a validade de clareza foi aplicado o instrumento em 10 sujeitos entre aqueles que não iriam compor a amostra do estudo,

subdivididos igualmente entre as regiões Nordeste e Sudeste. Estas regiões foram selecionadas para validação, pois apresentam maior número de profissionais, além de caracterizarem regiões distintas do Brasil, em relação a Índice de Desenvolvimento Humano, aspectos culturais e geográficos. O objetivo desta etapa foi avaliar a compreensão e sugestão quanto à forma das perguntas.

Para avaliação de clareza foi utilizada uma escala *Likert* de 1 a 10, sendo considerado claro o escore total igual ou superior a 8. Foi verificado, após as entrevistas, o resultado de 95,6% de clareza, considerando as 59 questões que fizeram parte o questionário. Para esta análise, foram excluídas apenas as perguntas referentes à idade, sexo e localidade.

As sugestões e observações derivadas desta etapa foram atendidas e, posteriormente, procederam-se os ajustes necessários para construir a terceira versão do instrumento para submetê-lo ao procedimento de reprodutibilidade.

3.3.2.3 *Análise de reprodutibilidade*

De posse da terceira versão do instrumento, foi realizada a análise de reprodutibilidade (fidedignidade e objetividade). Para tanto, os sujeitos foram entrevistados por dois entrevistadores diferentes, em momentos distintos, separados por um intervalo de sete dias, caracterizando o teste - reteste. Ressalta-se que, a condução da coleta

seguiu os mesmos procedimentos de coleta de dados, permitindo determinar a objetividade do instrumento.

Os níveis de validade e reprodutibilidade do questionário foram analisados em uma amostra probabilística da população alvo, não selecionada para compor a amostra para coleta de dados. Na determinação do tamanho da amostra, foi estimado um mínimo de 46 sujeitos, considerando, o erro tipo I de 5% e erro tipo II de 20%, para que proporções iguais ou superiores a 50% pudessem ser detectadas como estatisticamente significantes. Na Tabela 2 é apresentada a distribuição dos profissionais que participaram da análise de reprodutibilidade do instrumento. Vale destacar que foi considerada a proporcionalidade entre as regiões do Brasil.

Tabela 2. Distribuição dos profissionais de Educação Física para compor a reprodutibilidade do instrumento, por regiões do Brasil.

Estado	População		Amostra
	N	%	n
Centro-Oeste	34	5,1	3
Nordeste	347	50,2	23
Sudeste	192	28,6	13
Sul	76	11,0	5
Norte	35	5,1	2
Total	684	100	46

Posteriormente, foi analisada a estabilidade dos escores derivados de ambas as coletas, a fim de obter os níveis de reprodutibilidade mediante os procedimentos de *Coefficiente de Correlação Intra-Classe* (R) para variáveis numéricas e *Índice Kappa* (K) para variáveis categóricas em escala nominal e *Índice Kappa ponderado* (Kp) para as variáveis em escala ordinal.

O escore médio de validade para as variáveis numéricas foi de $R=0,82$, para as variáveis categóricas em escala nominal de $K=0,58$ e para aquelas em escala ordinal de $K_p=0,57$. Por fim, a média final alcançada no instrumento foi de $0,62$, indicando uma reprodutibilidade moderada (DAL PUPO; SCHÜTZ; SANTOS, 2011).

Entre as variáveis utilizadas neste estudo, o menor resultado de validade foi $K= 0,48$, para a questão: “Foram realizadas atividades de incentivo à formação do Conselho Local de Saúde?”, indicando uma concordância fraca. Ressalta-se que a mesma não foi utilizada na análise dos resultados neste estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Procedimentos Éticos em Pesquisa

Atendendo aos preceitos éticos da Resolução 196/96, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), aprovada em 30 de agosto de 2010, pelo processo nº 197/2010 (ANEXO 1) e autorizada pelo MS, Departamento de Atenção Básica.

Vale ressaltar que, para alguns municípios em que havia Comitê de Ética nas Secretarias Municipais de Saúde foi exigida a submissão do projeto de pesquisa nestas instâncias, contudo, em outros casos, a

autorização para a coleta de dados ocorreu mediante Declaração de Autorização das instâncias responsáveis pelo NASF na Secretaria Municipal de Saúde.

3.4.2 Procedimentos de Coleta de Dados

A relação de profissionais de Educação Física credenciados as equipes de NASF, foi solicitada ao Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, sendo disponibilizado o Monitoramento das Equipes do NASF e profissionais cadastrados no CNES. A partir destas informações foi iniciado o planejamento da coleta de dados com os profissionais de Educação Física do NASF, por meio de entrevistas telefônicas, pela equipe de entrevistadores treinados e supervisionados pelos pesquisadores responsáveis. Após a aprovação do CEP foram iniciados os procedimentos de coleta dos dados em três momentos:

1º Momento - Apresentação da proposta de trabalho e preparação para o início da coleta de dados

Foi realizada a apresentação da proposta de trabalho ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para início dos procedimentos de coleta de dados e apoio no estabelecimento de parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Após a autorização para a coleta de dados, foi disponibilizada pelo MS a lista dos telefones das Secretarias Estaduais de Saúde para solicitação do contato com as Secretarias Municipais de Saúde em que os profissionais de Educação Física do NASF estavam cadastrados.

A pesquisadora responsável/supervisora da pesquisa realizou o contato com as Secretarias Estaduais e Municipais para apresentação/divulgação da pesquisa às instâncias e a solicitação do contato telefônico com os profissionais selecionados.

2º Momento: Treinamento da Equipe de Entrevistadores

Em 15 de dezembro de 2010 iniciou-se o treinamento com os entrevistadores da pesquisa para esclarecimento de dúvidas e aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados. A equipe foi composta por voluntários, acadêmicos do curso de Educação Física da UFSC. Foi realizado um treinamento com duração de duas horas, sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados e as questões da entrevista. Todos os entrevistadores realizaram uma simulação da entrevista a um profissional de Nível Superior, previamente selecionado e que não atua no NASF. Vale destacar que, para cada novo entrevistador ingressante no projeto, realizou-se uma capacitação pela supervisora da pesquisa.

Disponibilizou-se para cada entrevistador: 1 manual do entrevistador (APÊNDICE C); 1 cópia do roteiro da entrevista (APÊNDICE B), para nortear o treinamento e ser utilizado no

esclarecimento dos aspectos metodológicos e técnicos antes e durante as entrevistas.

3º Momento: Coleta de Dados

O contato com o profissional de Educação Física foi realizado pelo entrevistador, mediante a gerência da USF ou coordenação do NASF. O entrevistador informou ao entrevistado sobre a pesquisa, convidando-o a participar, informando que a entrevista seria realizada no período definido pelo profissional, seja no momento da ligação, caso este tivesse disponibilidade, ou mediante agendamento de até duas semanas após a data em que foi convidado a participar da pesquisa, de modo a minimizar a interferência na sua rotina de trabalho. Foram delimitadas em 10 as tentativas para estabelecer contato com o profissional, em dias e horários alternados, e a entrevista pôde ser re-agendada em até cinco momentos.

Os objetivos da pesquisa e demais informações éticas que constam no Apêndice A, foram apresentados e, posteriormente, solicitada a autorização para a coleta de dados, sendo necessário que o sujeito acusasse verbalmente aceitar ou não participar da pesquisa. Caso fosse aceita, era dada continuidade à pesquisa, ressaltando-se que a participação seria voluntária e que a aceitação ou recusa não iria repercutir em nenhuma penalidade por parte da instituição em que trabalhava ou da que promoveu a pesquisa. A entrevista foi preenchida

pelo entrevistador em instrumento impresso, de modo a evitar perdas e falhas durante o procedimento de coleta.

Os profissionais foram informados sobre o relatório dos resultados gerais da pesquisa e o mesmo foi disponibilizado, em versão digital, aos profissionais entrevistados que cederam o endereço eletrônico e apresentaram interesse em receber o material no momento da entrevista. A versão impressa foi encaminhada a todas as Secretarias de Saúde Estaduais e para as Secretarias Municipais de Saúde que forneceram informações sobre endereço, telefone de contato ou fax.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Tabulação dos Dados

Visando maior confiabilidade das respostas, foi realizada a dupla digitação dos dados, via dois avaliadores diferentes. O cruzamento das informações foi realizado no Programa *Epi Info*, versão 3.5.2, modificando-se os dados que apresentaram divergência, após consulta à fonte original de informação.

As informações foram tabuladas no programa *Microsoft Excel*, versão 2010 e, posteriormente, transferidas ao Programa *Stata* para *Windows*, versão 11.0 para aplicação do tratamento estatístico.

3.5.2 Tratamento Estatístico

Para caracterizar as condições de trabalho, formação e atuação profissional, foram empregados procedimentos estatísticos descritivos de frequência absoluta e relativa, razão entre valores observados e esperados e medidas de tendência central (média) e de dispersão (intervalo de confiança de 95%, valores mínimo e máximo e desvio padrão).

Em relação à amostra, foram aplicadas medidas de associação pelo teste Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher, visando identificar possíveis associações entre a frequência de profissionais não participantes (perda/recusas) e a amostra alcançada, assim como entre a população e a amostra alcançada, de acordo com as regiões do Brasil.

Para a análise da cobertura populacional do NASF, no período de 2008 a 2011, foi realizada a suavização dos dados, utilizando a técnica de alisamento médio móvel. Para a relação entre a cobertura do NASF e os anos investigados, em cada região e no Brasil, foram aplicados os testes de Correlação de Pearson e Regressão Linear Simples. Para identificar possíveis diferenças na proporção de cobertura do NASF, entre as regiões e o Brasil, foi aplicado o teste de comparação de proporções para cada ano, pelo programa *MedCalc*.

Aplicou-se o teste ANOVA *one way*, com *post-hoc* de Tukey, para a quantidade de profissionais, por categoria, entre as regiões do Brasil. Para a identificação da normalidade dos dados foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. Nas variáveis que não apresentaram normalidade,

optou-se pela transformação logarítmica para a utilização de testes paramétricos.

Foram confeccionados mapas relativos à caracterização da abrangência do NASF e inserção da Educação Física no Brasil, no período de janeiro de 2011, utilizando o aplicativo Tab para *Windows* (TABWIN) 32, versão beta, disponível gratuitamente pelo DATASUS, do MS.

Em relação ao perfil profissional e condições de trabalho do profissional de Educação Física no NASF, foram empregadas medidas de associação pelo teste Qui-quadrado (χ^2) e Exato de *Fisher* para verificar a associação das variáveis sóciodemográficas relacionadas à formação profissional e as regiões do Brasil. Para estimar a associação entre as condições de trabalho e as regiões do Brasil, foi utilizada a Razão de *Odds* (RO) por meio da Regressão Logística Binária em análises ajustadas por nível.

Para tanto, nas análises ajustadas, as variáveis dependentes relativas às condições de trabalho, foram empregadas como variáveis de controle entre si, e as variáveis da formação profissional foram integradas às variáveis de controle. O ajuste foi realizado por nível hierárquico (VICTORA et al., 1997), sendo que no nível 1 estiveram as variáveis da formação profissional e no nível 2 as de condições de trabalho (Quadro 4). O método para seleção das variáveis no modelo foi o *forward*, as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste de *Wald* no nível 1, foram para o próximo nível. Aquelas que apresentaram no teste de *Wald* o valor de $p < 0,20$ no nível 2, permaneceram no modelo

final. O nível de significância estatística adotado para todas as análises foi 5%.

Quadro 4. Variáveis de cada nível hierárquico de análise do perfil profissional e condições de trabalho do Profissional de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, 2011.

Nível Hierárquico	Variáveis	
Nível 1	Distal	Escolaridade Pós Graduação relacionada à Educação Física e Saúde Habilitação Profissional Tipo de IES
Nível 2	Proximal	Vínculo empregatício Carga horária semanal Capacitação Pedagógica pela gestão municipal ou estadual Recursos materiais e estrutura física Avaliação periódica pela gestão municipal Trabalho em outro Serviço

IES: Instituição de Ensino Superior; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A atuação do Profissional de Educação Física, baseado no aporte teórico-metodológico do Apoio Matricial, foi analisada a partir da construção de um modelo teórico (Figura 2). O processo de trabalho do NASF envolve duas dimensões importantes que determinam o modo como as práticas de saúde são construídas. A dimensão política institucional, referente à gestão do trabalho, nos diferentes contextos, seja entre os órgãos de articulação (rede social e de saúde) ou coordenação (gestão em saúde e gestão compartilhada do cuidado entre equipe de referência e matricial).

De forma complementar, a segunda dimensão refere-se aos aspectos técnicos e metodológicos, caracterizada pela

instrumentalização profissional necessária para fundamentar e qualificar o processo de trabalho. As ferramentas de trabalho do AM interagem diretamente com as tecnologias de co-gestão e gerenciamento, contribuindo no mecanismo de pactuação das ações entre as equipes de saúde e potencialização das ações ofertadas à população adstrita.

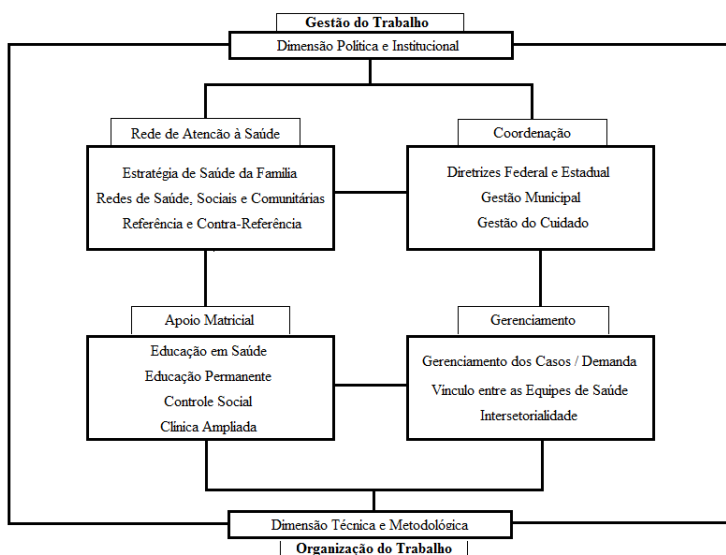


Figura 2. Modelo teórico do processo de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família pautado na lógica do Apoio Matricial.

As variáveis dependentes sobre o Apoio Matricial foram integradas às ferramentas metodológicas, identificadas em quatro pilares: Educação em Saúde, Educação Permanente, Controle Social e Clínica Ampliada (BRASIL, 2009). A Educação em Saúde foi definida a partir de três variáveis, atividades em grupo na USF, na comunidade e a frequência realizada. Estabeleceu-se como parâmetro a participação

mínima de uma vez na semana em atividades em grupo na USF ou comunidade, nos últimos 60 dias.

A Educação Permanente permeia todas as dimensões do apoio matricial; contudo, as ações técnico-pedagógicas podem ser destacadas. A resposta afirmativa para as variáveis da realização de ações de acolhimento pedagógico desenvolvido pelo NASF, reuniões periódicas entre o NASF e com a ESF nos últimos 60 dias, foi definido como parâmetro deste indicador.

O Controle Social foi avaliado, considerando o envolvimento da comunidade no planejamento das ações do NASF e o auxílio na formação/implementação do Conselho Local de Saúde. Baseado no pressuposto que é uma responsabilidade do NASF, promover a participação dos usuários na gestão em saúde, por meio do Conselho Local de Saúde (CLS) (BRASIL, 2008a), foi definida como parâmetro a resposta afirmativa para, no mínimo, uma das seguintes variáveis: participação em atividade de sensibilização para formação do CLS ou realização de atividades educativas com os membros do CLS.

Para a Clínica Ampliada foi considerada a utilização das ferramentas pedagógicas do projeto terapêutico singular e interconsulta (discussão de caso, orientação, encaminhamento, visita domiciliar, consulta conjunta ou consulta compartilhada). Estabeleceu-se como parâmetro a realização do projeto terapêutico singular e atividade de interconsulta nos últimos 60 dias.

A partir disto, foi verificada a proporção para cada um dos quatro indicadores e para todas as suas combinações. A simultaneidade dos indicadores de AM foi definida como desfecho para investigar a

atuação do profissional, sendo estratificada pela realização de nenhum dos quatro indicadores, apenas um, dois e três ou quatro indicadores. As categorias também foram analisadas de forma a discriminar os componentes relacionados em cada combinação realizada por dois e três indicadores simultâneos.

Para estimar as associações entre a simultaneidade destes indicadores e as variáveis exploratórias foi empregada a RO bruta e ajustada, pela Regressão Logística Multinomial. As combinações referentes à categoria três ou mais atividades de AM foram analisadas por meio da Regressão Logística Binária, estimando a RO bruta e ajustada.

Na análise ajustada, foi realizado o ajuste por nível (VICTORA et al., 1997), sendo o nível 1 o grupo etário e a escolaridade, modalidade de NASF e número de ESF acompanhadas pelo NASF e no nível 2, tempo de serviço, realização de capacitação, vínculo empregatício, recursos materiais e estrutura física (Quadro 5). Empregou-se o método de seleção *forward*, sendo que as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ no teste de Wald na análise bruta foram ajustadas por ordem de significância estatística ao próximo nível, permanecendo no modelo final, aquelas com o $p < 0,20$.

Quadro 5. Variáveis de cada nível hierárquico de análise da atuação do Profissional Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, baseado nos pilares do Apoio Matricial. Brasil, 2011

Nível Hierárquico	Variáveis	
Nível 1	Distal	Grupo etário Escolaridade Modalidade de NASF Número de ESF acompanhadas
Nível 2	Proximal	Tempo de serviço Vínculo empregatício Capacitação pedagógica pela gestão municipal ou estadual Recursos materiais e estrutura física

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família.

A consistência das análises de regressão logística para as condições de trabalho e atuação do Profissional de Educação Física foi verificada pelo Teste de Hosmer-Lemeshow goodness-of-fit ($p > 0,05$), para a Regressão Logística Binária e o teste de $-2 \text{ Log Likelihood}$ ($p < 0,05$), para a Regressão Logística Multinomial (HOSMER; LEMESHOW, 2000).

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão deste estudo subdividiu-se em cinco seções que abordam os componentes relativos à implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a atuação do profissional de Educação Física, sendo estas:

- 4.1 Caracterização da amostra alcançada: perdas e recusas;
- 4.2 Cenário de implantação e expansão do NASF no Brasil;
- 4.3 A Inserção da Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: perfil profissional e condições de trabalho;
- 4.4 Atuação do Profissional de Educação Física, baseado nos pilares do Apoio Matricial;
- 4.5 Limitações do Estudo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA ALCANÇADA: PERDAS E RECUSAS

A taxa de resposta da amostra calculada foi de 97,7% e em todas as regiões o percentual de participação foi superior a 90%. Ao associar

as perdas e recusas com a amostra alcançada, foi observada diferença entre as regiões do Brasil (χ^2 : 9,35; $p=0,047$); contudo, não houve diferença entre as características da população com a amostra alcançada, em nenhuma das regiões (χ^2 : 10,2; $p=0,24$). A amostra final do estudo ($n=296$) foi distribuída conforme apresentado na Figura 3.

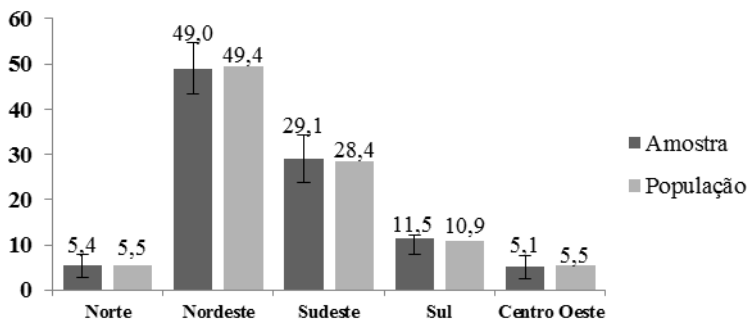


Figura 3. Proporção e Intervalo de Confiança da amostra e população de profissionais de Educação Física dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.

Entre os 2,3% de perdas e recusas, três profissionais recusaram participar, sendo um da região Norte e dois da região Nordeste. Das quatro perdas amostrais, duas foram da região Nordeste, por não conseguir contato com o profissional, mesmo após 10 tentativas, e duas da região Centro Oeste não atenderam aos critérios de inclusão; pois, apesar do NASF ter sido implantado há mais de seis meses, os profissionais ainda não estavam inseridos na rotina de trabalho, portanto, não teriam possibilidade de responder o questionário referente à atuação profissional. As perdas relatadas não foram substituídas por não haver na amostra reserva os profissionais elegíveis (da mesma

modalidade de NASF), para substituição do sujeito selecionado na amostra.

4.2 CENÁRIO DE IMPLANTAÇÃO E EXPANSÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

No período de 2008 a 2011, 995 municípios credenciaram equipes de NASF no Brasil (Tabela 3); ou seja, dos 5.328 municípios com Estratégia de Saúde da Família implantada (BRASIL, 2011f), apenas 18,6% credenciaram equipes de NASF. A Tabela 3 apresenta que a média de ESF acompanhada por cada equipe de NASF 1 ($\bar{X}=10,6$) e NASF 2 ($\bar{X}=4,4$), corresponde à metade do número máximo de ESF que poderia ser acompanhado (BRASIL, 2008a). Todavia, esta parcela correspondeu em 37.950 e 13.800 pessoas assistidas por equipe de NASF 1 e NASF 2, respectivamente. Cabe ressaltar que a unidade de referência do estudo foi o município; portanto, nos municípios com mais de uma equipe credenciada, existe a possibilidade de estas acompanharem o número máximo de ESF; porém, provavelmente, estes são minoria entre as regiões.

Na região Norte, a média de ESF por NASF 1 foi inferior às demais localidades (Tabela 3), mas este resultado era previsto, tendo em vista a exceção dada aos municípios com menos de 100.000 habitantes desta região, onde é permitido o mínimo de cinco ESF (BRASIL, 2008a). Destaca-se que, pela nova Política Nacional de Atenção Básica

(BRASIL, 2011b), os critérios foram ampliados para a região do Pantanal Sul Matogrossense.

Na modalidade NASF 2, de acordo com a relação apresentada pelo MS (BRASIL, 2011j), 1.217 municípios estavam habilitados para implantação do NASF 2 no ano de vigência da Portaria nº 154/08; contudo, apenas 12,5% (n=152), fizeram adesão até janeiro de 2011. A falta de acesso às informações sobre os sistemas e programas de saúde entre os gestores de municípios de menor porte, assim como a necessidade de acolhimento técnico para a concretização das ações federais de poder decisório na gestão municipal, são alguns dos fatores que podem contribuir para este cenário de implantação do NASF 2.

O Centro-Oeste foi a única região que apresentou proporcionalidade entre o número de municípios com implantação de NASF 1 e NASF 2 (Tabela 3). Este fato pode ser justificado pela distribuição populacional e a demografia regional. Todavia, outros fatores podem ter influenciado este resultado, pois a região Norte tem características semelhantes, mas nela não foi observada a mesma condição.

Um dos motivos a ser destacado é a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, baseado nos anos de 1998, 2002 e 2004. A região Norte (4,82%, 29,97% e 34,17%) e Sudeste (4,94%, 23,03% e 29,60%) apresentavam os menores percentuais, enquanto as regiões Nordeste (9,31%, 45,40% e 54,85%) e, em seguida a Centro-Oeste (10,21%, 38,88% e 41,39%) apresentaram as maiores proporções de população coberta pela Saúde da Família (BRASIL, 2006d).

Tabela 3. Número de municípios com equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família credenciada, e a média de equipes de Saúde Família acompanhada. Brasil, 2008 a 2011.

Regiões e Brasil	2008		2009		2010		2011	
	N _M	\bar{X}	N _M	\bar{X}	N _M *	\bar{X}	N _M *	\bar{X}
NASF 1								
Norte	06	7,8	33	8,0	61	7,7	85	7,7
Nordeste	90	11,2	217	10,7	37	10,2	450	10,1
Sudeste	35	11,9	107	10,7	169	10,8	196	10,6
Sul	10	13,0	25	10,6	51	10,3	63	10,7
Centro Oeste	03	10,7	15	11,0	40	12,0	44	13,4
Brasil	144	11,4	39	10,5	697	10,3	843	10,3
NASF 2								
Norte	01	3,0	02	3,5	10	3,5	14	3,6
Nordeste	09	5,1	19	4,6	51	4,3	62	4,1
Sudeste	08	4,4	13	4,0	21	4,0	23	3,8
Sul	-	-	04	3,5	13	5,8	09	4,4
Centro Oeste	04	5,8	21	4,1	36	4,5	44	4,6
Brasil	22	4,9	59	4,2	131	4,4	152	4,2

N_M: número de municípios que têm NASF. \bar{X} : média de equipes de Saúde da Família por NASF. * : Inclusão do Distrito Federal.

Observa-se na Figura 4 uma relação linear positiva no crescimento da cobertura populacional do NASF por regiões e no Brasil. A cobertura populacional do NASF quadruplicou em quatro anos de implantação, assemelhando-se com o crescimento da cobertura da Saúde da Família, que nos seis anos iniciais da implantação, obteve um aumento de 600% de cobertura (BRASIL, 2006d).

A série temporal da cobertura do NASF, apesar de estabelecer a relação do tempo com a evolução do NASF no Brasil, acrescenta a este fator os processos históricos e organizativos deste período que contribuíram na ampliação da rede de APS. As iniciativas ministeriais visando à ampliação da Estratégia de Saúde da Família; principalmente, nos grandes centros urbanos, são fatores cruciais para o fortalecimento

da APS (FACCHINI et al., 2006); e naturalmente, tem influenciado no crescimento do NASF.

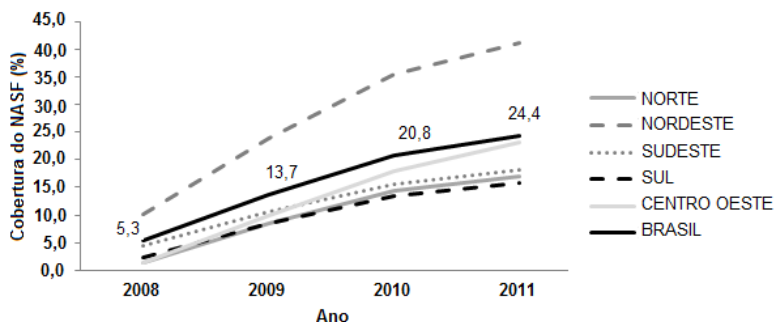


Figura 4. Percentual de cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família por regiões do Brasil, no período de 2008 a 2011.

A partir de 2009, foi observada diferença ($p < 0,05$) no crescimento da cobertura populacional na região Nordeste em comparação com as demais regiões e o Brasil (Tabela 4). A maior cobertura do NASF na região Nordeste, em relação às demais, concorda com o crescimento observado na implantação da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006d).

O estudo de Castro e Machado (2010) mostra que em 2003, houve um aumento no financiamento em APS nos municípios mais pobres do país para garantir a equidade em saúde, sendo estes situados nas regiões Nordeste e Norte, fato que pode ter influenciado na atual cobertura do NASF no Nordeste. Outro fator importante refere-se às primeiras experiências de embasamento para a Saúde da Família no Brasil, que provém de municípios da região Nordeste, logo, a

aproximação com essa lógica de trabalho foi mais abrangente nesta região.

Comparando o resultado da região Nordeste com as demais regiões, o Sul apresentou maior discrepância, obtendo uma cobertura 15,4% em 2009, 22,2% em 2010 e 25,4% em 2011, menor ($p < 0,01$) em relação ao Nordeste (Tabela 4). A cobertura do NASF na região Nordeste e Sul, representa uma realidade vivenciada com a Saúde da Família nos grandes centros urbanos (FACCHINI et al., 2006).

Foi constatado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que a implantação da Estratégia de Saúde da Família foi maior no Nordeste, sendo que em 2004, dos 10 municípios com cobertura superior a 60%, apenas um era localizado na região Sul (FACCHINI et al., 2006). A partir do exposto, o fortalecimento da APS no Sul é crucial, visando identificar as principais barreiras para a consolidação da Saúde da Família, auxiliando deste modo na implantação do NASF.

O processo de municipalização precário pode ser uma barreira para o avanço da APS, pois em 2004, os indicadores de descentralização da gestão em saúde foram significativamente maiores no Nordeste (65%) que no Sul (33%) do país (FACCHINI et al., 2006). Outra possível justificativa seria a priorização da média e da alta complexidade nas regiões Sul e Sudeste. A região Sul, entre 1998 e 2002 apresentou um dos maiores valores *per capita* entre as regiões do Brasil. Em razão disto, o financiamento para os níveis de maior complexidade foram destinados para estas regiões economicamente

produtivas, visto também que dispunham de maior oferta neste tipo de serviço de saúde (CASTRO; MACHADO, 2010).

Em relação às desigualdades regionais na implantação do NASF, observa-se que na APS, a exemplo do NASF e da Saúde da Família, os avanços são de forma mais lenta nas regiões com melhor arrecadação financeira, enquanto que nas regiões mais pobres há maior cobertura da APS, porém não dispõem de uma rede de atenção à saúde. Ou seja, o investimento destinado às redes de saúde precisa ser reanalisado, de forma a minimizar os problemas da população e preservar o direito constitucional à saúde.

Como mostra a Tabela 4, no primeiro ano de implantação a diferença entre as proporções de cobertura populacional do NASF no Centro Oeste foram menores que o Norte em 0,1% ($p < 0,01$) e o Sul em 0,9% ($p = 0,04$), contrapondo ao observado na cobertura da Estratégia de Saúde da Família em seu primeiro ano de implantação. A cobertura de ESF (10,2%) em 1998 no Centro-Oeste foi a maior, quando comparado às demais regiões (BRASIL, 2006d).

Os critérios de adesão do NASF possivelmente limitaram o aumento da cobertura populacional desta região, tendo em vista sua demografia. Ao analisar os caminhos para implantação do NASF nos municípios que não dispõem do mínimo de ESF para o NASF 1, nem atendem aos critérios de adesão ao NASF 2, a opção remanescente é o consórcio intermunicipal. Esta possibilidade acrescenta à gestão municipal maiores entraves burocráticos e políticos, que por sua vez, podem reduzir a adesão ao NASF.

Os conflitos políticos e partidários, na medida em que sobrepujarem às necessidades da população, podem comprometer a assistência em saúde. Atentar-se para esta problemática, reflete na identificação de maior flexibilidade nos critérios de adesão do NASF, para que os municípios adquiram condições de implantá-lo mediante suas possibilidades.

A modalidade de NASF via consórcio intermunicipal foi excluída a partir da Portaria nº 2.488/11 (BRASIL, 2011b). Logo, qualquer município que não dispuser do mínimo de ESF para implantar o NASF 1, pode credenciar-se ao NASF 2, sem restrição quanto à densidade populacional. A partir destas mudanças, é esperado um crescimento do número de NASF implantados.

Tabela 4. Número de Núcleos de Apoio à Saúde da Família, percentual bruto e ponderado de cobertura por região e no Brasil, de 2008 a 2011.

Regiões e Brasil	Cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família											
	2008			2009			2010		2011			
	N	% _B	% _P	N	% _B	% _P	N	% _B	% _P	N	% _B	% _P
Norte	09	1,5	1,5 ^{a,c}	51	8,9	8,4 ^a	94	14,8	14,3 ^{a,c}	121	19,1	17,0 ^{a,c}
Nordeste	143	10,1	10,1 ^{a,b,c}	364	24,3	23,8 ^b	587	37,0	35,5 ^b	724	45,3	41,1 ^b
Sudeste	94	4,6	4,6 ^{a,b,c}	234	10,3	10,6 ^a	380	17,0	15,5 ^a	438	19,3	18,2 ^a
Sul	18	2,3	2,3 ^{a,c}	68	8,6	8,4 ^a	116	14,3	13,3 ^{a,c}	126	16,1	15,7 ^a
Centro-Oeste	03	1,4	1,4 ^b	41	7,6	9,8 ^a	92	20,5	17,9 ^{a,c}	107	25,6	23,1 ^{a,c}
Brasil	267	5,3	5,3 ^{a,b,c}	758	13,7	13,7 ^a	1269	22,2	20,8 ^c	1516	26,5	24,4 ^c

%_B: percentual bruto; %_P: percentual ponderado pelo alisamento médio móvel. Letras iguais não diferem estatisticamente em cada ano entre as regiões e o Brasil ($p > 0,05$); Letras diferentes diferem estatisticamente em cada ano entre as regiões e o Brasil ($p < 0,05$).

A Tabela 5 indica um significativo aumento da cobertura populacional do NASF no Brasil, sendo mais de 95% do percentual de cobertura explicada pela variação do tempo. Houve um aumento de 6,4% a cada ano na cobertura do NASF no país. A região que

apresentou maior aumento anual foi a Nordeste (10,5%), seguido pelo Centro-Oeste (7,3%), Norte (5,2%), Sudeste (4,6%) e Sul (4,5%).

Tais resultados sugerem um aumento progressivo da população coberta pelo NASF nos próximos anos, contudo, devido ao número de anos observados não é possível prever uma tendência de crescimento. Destaca-se a necessidade de monitoramento do crescimento do NASF na região Nordeste, para garantia da consolidação desta política e investimento político na sensibilização para a implantação nos municípios das demais regiões. Por se tratar de uma proposta recente na APS, a conscientização da gestão municipal em relação à finalidade do NASF merece atenção, visando diminuir ruídos entre as expectativas da gestão e possibilidades de trabalho do NASF.

Molini-Avejonas, Mendes e Amato (2010) apontam para os atritos ocorridos entre as equipes de NASF e gestão municipal. Os profissionais do NASF apontaram o desestímulo às ações coletivas e favorecimento do atendimento individual, mediante a cobrança de uma produtividade baseada em metas, estabelecidas sem a pactuação com os profissionais ou o aporte de instâncias estadual e federal, como uma das dificuldades identificadas pelos profissionais do NASF em trabalhar de forma integrada com a gestão municipal de saúde.

Tabela 5. Análise de regressão linear da cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas regiões e no Brasil, no período de julho de 2008 a 2011.

Regiões e Brasil	Cobertura do Núcleo de Apoio à Saúde da Família			
	Coefficiente de Regressão (IC95%)	p-valor	R ²	Erro Padrão
Norte	5,2 (2,2; 8,2)	0,017	0,96	0,69
Nordeste	10,5 (4,8; 16,2)	0,015	0,97	1,31
Sudeste	4,6 (2,2; 6,9)	0,014	0,97	0,55
Sul	4,5 (1,9; 7,1)	0,017	0,96	0,60
Centro-Oeste	7,3 (4,9; 9,7)	0,006	0,98	0,54
Brasil	6,4 (3,0; 9,8)	0,015	0,97	0,78

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; R²: Coeficiente de determinação.

A análise dos indicadores de expansão do NASF, teto de implantação e o percentual de expansão utilizou como referência o número de equipes no ano de 2011 (n= 1.377). Na Figura 5, nota-se que a implantação não ocorreu na maioria dos municípios; em geral, os municípios fizeram adesão para uma equipe de NASF, havendo apenas sete com 10 equipes ou mais, entre eles o município de São Paulo, onde foram credenciados 51 equipes de NASF.

A projeção do crescimento do NASF mostra um elevado potencial de expansão, pois quase a totalidade dos municípios, principalmente aqueles de menor porte populacional, não credenciou nenhuma equipe de NASF (Figura 5, mapa C). Para a maioria dos municípios, a expansão do NASF está aquém do seu potencial de crescimento, principalmente entre os municípios de maior porte populacional, pois mantiveram um baixo número de NASF. Destaca-se que esta afirmativa se dá em vista ao total de ESF credenciadas atualmente, e este cenário tende a se tornar mais promissor com a ampliação desta estratégia e a vinculação do NASF aos demais serviços da rede de APS (BRASIL, 2011b).

Um importante fator que pode justificar este achado nos grandes centros urbanos relaciona-se ao receio da gestão em saúde na expansão das equipes de NASF. Apesar da literatura científica não indicar tais pressupostos, entende-se que os desafios intrínsecos às ações inovadoras, apesar de contribuírem para o aprendizado coletivo, também inibem o envolvimento. Os gestores de saúde inicialmente podem ter sido cautelosos, pois ainda não se sabia as potencialidades do NASF e como seria a melhor forma de gerenciá-lo. Portanto, torna-se fundamental para a expansão do NASF, o apoio estratégico da secretaria estadual e do MS, nesta fase de sensibilização para implantação.

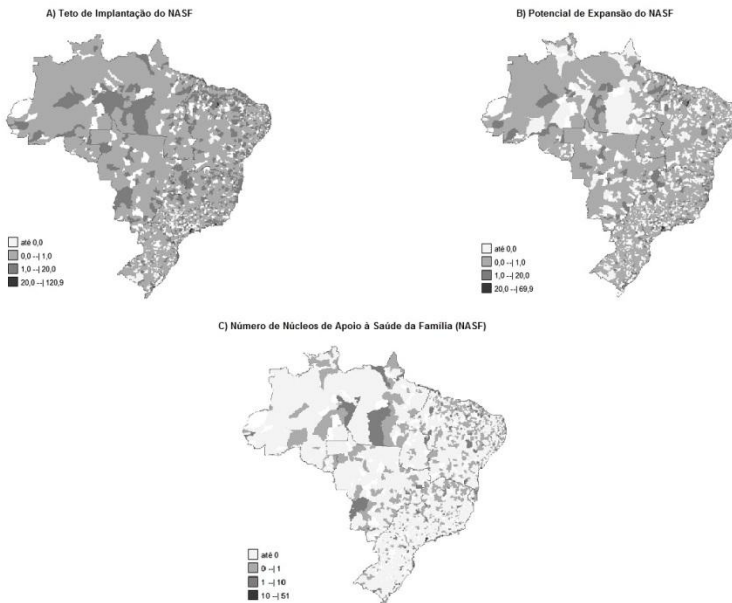


Figura 5. Expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, segundo o teto de implantação e potencial de expansão no Brasil, janeiro de 2011.

Em relação aos recursos humanos, 8.070 profissionais foram credenciados entre as 13 profissões que poderiam compor o NASF, até janeiro de 2011. Em média, seis profissionais estão credenciados em cada equipe de NASF, sendo maior o recrutamento daqueles com carga horária de 40 horas. Analisando todas as categorias, as cinco mais recrutadas foram a Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Educação Física, em ordem crescente (Tabela 6).

Observa-se que algumas destas profissões apresentam um histórico de atuação na saúde pública, a exemplo da Nutrição e Psicologia que já atuavam antes do NASF em outros serviços de diferentes níveis de complexidade. A aproximação prévia da profissão com o setor da saúde pode favorecer a sua inserção no NASF, contudo, cabe alertar para um fator importante, referente à mudança na lógica de trabalho e prática clínica do profissional na APS.

Iniciativas interministeriais, como o Pró-Saúde (BRASIL, 2005b), têm buscado reorientar a formação profissional, quanto à estruturação curricular e construção de saberes por meio de vivências práticas no PET-Saúde (BRASIL, 2008b). A oportunidade de aproximar o ensino e o serviço pode contribuir efetivamente na qualificação profissional e melhoria nos serviços de APS. Na formação complementar, o MS tem contribuído na expansão das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, como estratégia para desenvolver as competências profissionais necessárias para melhorar o panorama de saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com os resultados da Tabela 6, a região Sudeste apresenta uma média de profissionais nos estados, maior que as demais

regiões, principalmente em comparação ao Norte. Para as categorias profissionais de Educação Física, Psicologia e Serviço Social a média de profissionais no Sudeste, foi, respectivamente, mais de oito, sete e cinco vezes superiores ($p < 0,05$) ao Norte.

A oferta de cursos de graduação nessas regiões pode ter contribuído para este resultado, pois segundo os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP, 2009), a distribuição dos cursos de graduação no Brasil é desigual, sendo as menores proporções nas regiões Norte ($n=2.004$) e Centro-Oeste ($n=2.504$) e as maiores no Sudeste ($n=13.278$), Sul ($n=5.386$) e Nordeste ($n=4.655$). Apesar da oferta de cursos de ensino superior na região Sul ser elevada, a expansão do NASF não acompanhou este progresso. Isto pode estar relacionado ao crescimento da APS, conforme mostrou o estudo do PROESF, ter sido inicialmente mais difundida nas regiões Nordeste e Centro-Oeste do país (FACCHINI et al., 2006).

Tabela 6. Média de profissionais com carga horária de 40 horas semanais nos estados, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.

Regiões	Profissionais com Carga Horária de 40 horas semanal											
	AS		FA		FO		NU*		EF		PSI	
	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}
NO	79	11,3 ^a	36	5,1 ^a	47	6,7 ^a	80	11,4 ^a	41	5,9 ^a	85	12,1 ^a
ND	424	41,7 ^{a,b}	218	24,2 ^a	289	32,1 ^a	494	54,9 ^a	365	10,6 ^{a,b}	515	57,2 ^{a,b}
SD	249	62,3 ^b	180	45,0 ^a	167	41,8 ^a	294	73,5 ^a	210	52,5 ^b	351	87,8 ^b
SU	59	19,7 ^{a,b}	80	26,7 ^a	27	9,0 ^a	106	35,3 ^a	81	27,0 ^{a,b}	119	39,7 ^{a,b}
CO	44	11,0 ^{a,b}	41	10,3 ^a	40	10,0 ^a	71	17,8 ^a	41	10,3 ^{a,b}	91	22,8 ^{a,b}

NO: Norte; ND: Nordeste; SD: Sudeste; SU: Sul; CO: Centro Oeste; AS: Assistente Social; FA: Farmacêutico(a); NU: Nutricionista; EF: Profissional de Educação Física; PSI: Psicólogo(a).
 *Transformação Logarítmica. Letras iguais não diferem estatisticamente entre as regiões do Brasil ($p > 0,05$); Letras diferentes diferem estatisticamente entre as regiões do Brasil ($p < 0,05$).

Entre as profissões com possibilidade de atuação na carga horária de 20 horas por semana, a mais recrutada foi a Fisioterapia, seguida da Terapia Ocupacional, com proporções quatro vezes menores que a Fisioterapia. Ambos os cursos foram criados em meados da década de 70, contudo, entre os 13 cursos da saúde, a Terapia Ocupacional foi o que apresentou a menor oferta em 2008, enquanto que a Fisioterapia obteve a segunda maior posição, neste mesmo período (HADDAD et al., 2010). Este fator pode justificar o elevado número de fisioterapeutas, assim como o reduzido número de profissionais de Terapia Ocupacional inseridos no NASF em algumas regiões.

No geral e entre as profissões com carga horária igual ou superior a 20 horas por semana, as especialidades médicas de acupunturista, homeopata e psiquiatra são as menos recrutadas. Entretanto, o Sudeste apresentou uma média superior ($p < 0,05$) às demais regiões do Brasil (Tabela 7).

O déficit de profissionais médicos é um fator investigado mundialmente e provoca inquietações na América Latina (DIAZ, 2010). A OPAS recomenda o total de 1,25 médicos a cada 1.000 habitantes (OPAS, 2005). Ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2001, verifica-se que na região Norte o número de médicos por 1.000 habitantes ($n=1,12$) foi menor que a metade para o Sudeste ($n= 2,81$), o que comprova esta desigualdade nos diferentes serviços da saúde (PÓVOA; ANDRADE, 2006). A pesquisa nacional sobre o Perfil dos Médicos no Brasil complementa este cenário, pela divergência do percentual de médicos na capital e no interior do

país, sendo que na capital o coeficiente chegou a 3,28 médicos/1.000 habitantes, enquanto que no interior foi de 0,53 médicos /1.000 habitantes (ENSP, 1995).

Os motivos para a carência de médicos também são discutidos na especialidade de Médico da Família e Comunidade (MFC) e alguns destes, podem justificar a baixa inserção das especialidades médicas do NASF. A imagem desfavorável social e academicamente dos profissionais que atuam na APS em comparação aos demais níveis de complexidade, pode ser uma importante justificativa (MELLO et al., 2009), evidenciando a necessidade de valorização desta especialidade médica e da complexidade clínica presente na sua rotina de trabalho. A carga horária excessiva, a precariedade do vínculo trabalhista, a dificuldade de trabalho em equipe multiprofissional e a compreensão sobre o seu papel profissional na APS (RONZAN; RIBEIRO, 2004; MELLO et al., 2009) são outros fatores que também podem resultar numa baixa inserção das especialidades médicas nos serviços da APS.

Tabela 7. Média de profissionais com carga horária de 20 horas semanais ou mais nos estados, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.

Regiões	Profissionais com Carga Horária de 20 ou 40 horas semanal													
	FI		MA*		MG*		MH*		MPE		MPS*		TO*	
	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}
NO	122	17,4 ^a	1	0,1 ^a	35	5,0 ^a	-	- ^a	27	3,9 ^a	1	0,1 ^a	8	1,1 ^a
ND	965	107,2 ^a	3	0,3 ^a	145	16,1 ^a	3	0,3 ^a	146	16,2 ^{a,b}	34	3,8 ^{a,b}	172	19,1 ^a
SD	551	137,8 ^a	10	2,5 ^b	145	36,3 ^a	16	4,0 ^b	146	36,5 ^b	79	19,8 ^b	131	32,8 ^a
SU	132	44,0 ^a	-	- ^a	20	6,7 ^a	-	- ^a	30	10,0 ^{a,b}	10	3,3 ^{a,b}	15	5,0 ^a
CO	112	28,0 ^a	1	0,3 ^a	22	5,5 ^a	2	0,5 ^a	33	8,3 ^{a,b}	4	1,0 ^{a,b}	25	6,3 ^a

NO: Norte; ND: Nordeste; SD: Sudeste; SU: Sul; CO: Centro Oeste; FI: Fisioterapeuta; MA: Médico(a) Acupunturista; MG: Médico(a) Ginecologista; MH: Médico(a) Homeopata; MPE: Médico(a) Pediatra; MPS: Médico(a) Psiquiatra; TO: Terapeuta Ocupacional. *Transformação Logarítmica. Letras iguais não diferem estatisticamente entre as regiões do Brasil ($p > 0,05$). Letras diferentes diferem estatisticamente entre as regiões do Brasil ($p < 0,05$).

A estreita relação entre as instituições de fomento à pesquisa e diferentes instâncias da gestão federal, seja de forma direta ou indireta, precisa ser motivada. Afinal, cada vez mais os pesquisadores ressaltam a necessidade de políticas públicas baseadas em evidências e na articulação dos atores de diferentes setores para a tomada de decisão e incorporação de tecnologias de saúde (NOVAES, 2006).

O conhecimento sobre as condições de trabalho e a cobertura populacional de um serviço de saúde são importantes indicadores para planejamento e avaliação em saúde, porém outros fatores precisam ser controlados para avaliar a implantação de uma política e seu impacto na qualidade do serviço e nos indicadores de saúde da população. Critérios de avaliação consistentes são futuros desafios para aprofundar os conhecimentos sobre a estrutura e processo de trabalho do NASF, bem como a avaliação do impacto desta política na saúde pública do Brasil.

4.3 A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: perfil profissional e condições de trabalho

O Profissional de Educação Física está presente em quase metade (49,2%) das equipes do NASF implantadas, entretanto, estes valores diferenciam entre as UF, apresentando proporções superiores a 75% nos estados do Acre e Paraná, seguindo respectivamente, os

estados do Tocantins (69,2%), Ceará (68,9%), Paraíba (62,5%) e Alagoas (61,8%). Todavia, o número de profissionais nos estados do Paraná (n=54), Ceará (n=91) e Paraíba (n=55) além de serem elevados, apontam uma importante representatividade da Educação Física nas equipes do NASF (Figura 6). Cabe ressaltar, por se tratar de um cálculo de proporcionalidades, que estes locais não apresentam fundamentalmente os maiores resultados em valores absolutos.

Segundo o levantamento do Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2011h), o Paraná é o terceiro estado com maior número de IES com curso de Educação Física (n=89), possibilitando que a oferta de recursos humanos possa interferir na inserção deste profissional no NASF. Esta colocação, não descarta outros fatores, sejam desde a decisão do gestor mediante as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2008a; 2011b), até priorização da Estratégia de Saúde da Família na organização da APS.

Cada equipe de NASF pode acompanhar de 27.600 a 69.000 pessoas, considerando o mínimo de oito e o máximo de 20 ESF assistidas, em vista ao total de 3.450 pessoas por ESF (BRASIL, 2008a; 2011b). Quanto ao número de profissionais de Educação Física por população coberta pela estratégia de saúde da família, os coeficientes são inferiores a um profissional por 100.000 habitantes, indicando uma baixa representatividade.

O Distrito Federal não incluiu o Profissional de Educação Física nas equipes do NASF; nos estados do Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Sergipe e Pará a estimativa foi menor ou igual a 0,25 profissional por 100 mil habitantes da ESF (Figura 6). O Ceará, Paraíba, Acre,

Amapá e Piauí foram os estados que apresentaram índices superiores a um; contudo, a baixa cobertura da Saúde da Família, exceto no Ceará, pode ter contribuído no resultado, uma vez que reduz o tamanho da população alvo a ser atingida. Portanto, no município em que a expansão do NASF é proporcional à da Estratégia de Saúde da Família, o resultado tende a ser maior, seja pela baixa cobertura da saúde da família, ou pela implantação do NASF e concomitante inclusão do profissional de Educação Física na equipe.

Para controle deste viés, deve ser considerada a cobertura populacional da Saúde da Família nos Estados. Logo, os estados do Ceará, Paraná e Pernambuco têm os melhores resultados, tendo em vista que o número de profissionais por 100.000 habitantes são acima da média, e apresentam também uma elevada cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Entre os estados de Minas Gerais, São Paulo e Bahia, respectivamente, estão os maiores números de população coberta pela Saúde da Família e de equipes de NASF (BRASIL, 2011l, 2011i), porém o número de profissionais de Educação Física é reduzido quase à metade do total de equipes implantadas nestes estados, contribuindo para que seus escores não sejam superiores aos demais.

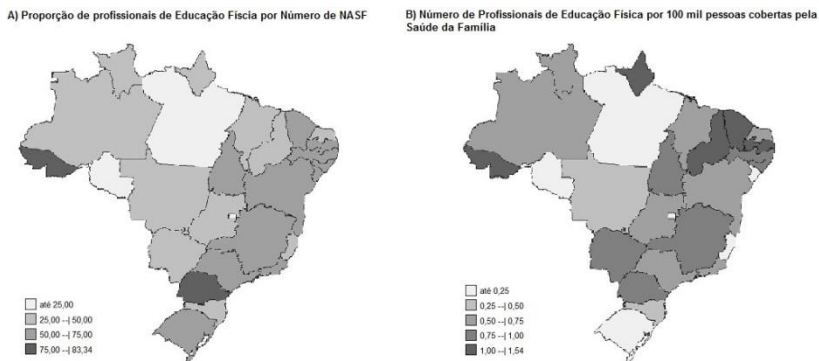


Figura 6. Inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família por Unidades da Federação. Brasil, janeiro de 2011.

Diante da confirmação sobre a significativa e recente inserção da Educação Física no NASF, o conhecimento sobre o perfil profissional e as condições nas quais tem sido desenvolvido seu processo de trabalho são importantes para o crescimento deste campo de atuação.

A investigação realizada verificou que a maioria (53,4%) dos 296 profissionais entrevistados era do sexo masculino, contrapondo ao cenário comum na saúde e principalmente na APS, referente à feminilização da força de trabalho (Tabela 8). A participação feminina no setor da saúde chegou a 70% no Brasil e a profissão com maior proporção de mulheres foi a Nutrição (95%) e as menores, a Medicina (64%) e Medicina Veterinária (66%). Considerando os anos de 2004 a 2006, a Educação Física apresentou uma sobreposição do sexo masculino nas instituições de ensino (HADDAD et al., 2010). Wermelinger et al. (2010) destaca a importância de investigar as diferenças e semelhanças entre o setor saúde e a força de trabalho

feminina em geral, para as questões referentes à remuneração, cargos de chefia, formação complementar, entre outras.

Os profissionais entrevistados tinham em média 32,3 anos ($dp=7,4$), com a menor proporção de pessoas no grupo etário de 40 anos ou mais (Tabela 8). Estudos indicam que nos cursos de Enfermagem e Fisioterapia, o grupo etário prevalente foi de 20 a 29 anos, contrário ao observado entre os médicos e técnicos de nível médio, com maior proporção com 30 a 39 anos (OLIVEIRA, 2010). Em relação à APS, pesquisas apontam uma média de idade entre médicos da família na região Sudeste, de 28 anos (COTTA et al., 2006) e, no Norte, de 23 anos (MORETTI-PIRES, 2009), indicando uma média de idade inferior a encontrada entre os profissionais de Educação Física do NASF.

Os dados da Tabela 8 mostram que a caracterização da formação inicial dos profissionais de Educação Física do NASF reflete a realidade da formação na área da saúde, com a predominância de cursos em IES privadas. A participação dominante deste setor é observada em seis dos 14 cursos da área da saúde, e na Educação Física este percentual aproximou-se a 80%, no período de 2004 a 2006 (HADADD, MORITA, PIERANTONI, 2010).

O ensino superior privado é uma tendência nacional crescente e vem recebendo a atenção dos pesquisadores recentemente, uma vez constatada a discrepância do modelo de ensino privado aos ideais do conceito de universidade. Algumas características são apontadas, a predominância de IES isoladas e não universitárias, o pouco engajamento no componente de pesquisa e espaços para construção de uma coordenação colegiada com participação dos docentes e discentes,

assim como a presença do componente comercial de busca pelo lucro (SCHWARTZMAM; SCHWARTZMAM, 2002).

A estrutura curricular do curso de formação inicial dos entrevistados, em geral foi de atuação plena, ou seja, generalista (Tabela 8). A reestruturação curricular da Educação Física, iniciada em 2002 pelas Resoluções CNE nº1 (BRASIL, 2002c) e nº2 (MEC, 2002d), ainda perpassa por processos de construção da identidade profissional. A Resolução CNE/CP nº 7/04 (BRASIL, 2004) apresentou as diretrizes curriculares da Educação Física vigente, propondo formação distinta para os cursos de licenciatura (ambiente escolar) e bacharelado (extra escolar). Por esta resolução e as demais, publicadas anteriormente, não terem atingido um consenso na área, as IES formadoras têm se dividido entre a formação ampliada ou específica; contudo, é sabido que o prazo para adequação dos currículos às resoluções foi até o ano de 2005.

Em relação à formação complementar, a maioria (55,7%) dos profissionais realizou pós-graduação, *Stricto Sensu* ou *Lato Sensu*, vinculadas ao campo da Educação Física e Saúde (Tabela 8). A literatura aponta que a formação complementar passou por dois marcos significantes, inicialmente por uma tendência à superespecialização e fragmentação do conhecimento (GIL, 2005), muitas vezes iniciada desde a formação inicial (MELLO et al., 2010).

Por outro lado, atualmente, observa-se um novo paradigma nos cursos de especialização em saúde, vinculando-os à necessidade de fortalecimento das políticas públicas. Desde 2000, o MS, em parceria com as universidades e escolas de saúde pública, implantou cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização e residência multiprofissional)

(GIL, 2005), objetivando transformar o perfil profissional para atender às prioridades dos serviços de saúde e superar as lacunas do conhecimento provenientes da graduação (PIERANTONI, 2008).

Ao verificar-se a carga horária dos profissionais de Educação Física do NASF, prevaleceu o regime de 40 horas semanais (Tabela 8), o que era esperado tendo em vista a Portaria nº 154/08 (BRASIL, 2008a); contudo, 11,5% dos entrevistados relataram carga horária inferior a 40 horas.

Na Estratégia de Saúde da Família o descumprimento da carga horária entre os profissionais de nível superior é apontado. Em município do Rio Grande do Norte a jornada de trabalho dos profissionais de nível superior variou de 6 a 8 horas por dia (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010), e no Estado de Minas Gerais, os secretários municipais de saúde relataram que a jornada de trabalho dos médicos e odontólogos oscilam entre quatro e oito horas diárias (JUNQUEIRA et al., 2010). Logo, nota-se que este aspecto indica um problema nacional, que pode estar relacionado à instabilidade profissional do setor e a dificuldade de fixação do profissional no serviço.

Alguns fatores, relativos especificamente ao cumprimento da carga horária do profissional de Educação Física podem ser destacados, entre eles, a possibilidade de haver dois profissionais de Educação Física dividindo o mesmo cargo; a atuação concomitante em outros programas da Secretaria Municipal de Saúde; e, o profissional ter sido disponibilizado ocasionalmente, por outro setor público, como a Secretaria de Educação ou Esporte. Estas particularidades, que podem

ser identificadas, apontam um desafio a ser superado para a valorização deste profissional na área da saúde.

Os critérios de avaliação têm sido incorporados ao processo de trabalho dos serviços de saúde, entre a gestão e os trabalhadores (TRAD; ROCHA, 2011). Neste estudo foi relatado que a maior parte da gestão local realizou capacitações e avaliações periódicas das ações do NASF (Tabela 8). Destaca-se também que a articulação entre a gestão local de saúde e os profissionais da APS é baixa, o que compromete o planejamento conjunto e consolidação do novo modelo de atenção à saúde da população (TRAD; ROCHA, 2011).

As avaliações pela gestão da atuação do NASF, não foram detalhadas neste estudo. No entanto, é reconhecido seu caráter fundamental para a efetiva implantação e consolidação do serviço de saúde na APS, necessitando do envolvimento dos diferentes atores sociais, dentre eles os profissionais de saúde e comunidade (NORONHA; LIMA FILHO, 2011).

Tabela 8. Variáveis sócio-demográficas e de condições de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, janeiro de 2011.

Variáveis	n	%	IC95%
Sócio-demográficas			
<i>Sexo</i>			
Masculino	158	53,4	47,7-59,1
Feminino	138	46,6	40,9-52,3
<i>Grupo Etário</i>			
20 a 29 anos	126	42,7	37,0-48,4
30 a 39 anos	123	41,7	36,0-47,4
40 anos ou mais	46	15,6	11,4-19,8

%= Prevalência; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Continua na próxima página

Continuação de Tabela 8. Variáveis sócio-demográficas e de condições de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, janeiro de 2011.

Formação Profissional			
<i>Escolaridade</i>			
Graduação	131	44,3	38,6-50,0
Pós-Graduação Lato Sensu	151	51,0	45,3-56,7
Pós-Graduação Stricto Sensu	14	4,7	2,3-7,2
<i>Tipo de IES</i>			
Pública	133	44,9	39,2-50,6
Privada	163	55,1	49,4-60,8
<i>Tipo de Graduação</i>			
Licenciatura de atuação Plena	221	74,7	69,9-79,9
Licenciatura	27	9,1	5,8-12,5
Bacharelado	47	15,9	11,7-20,1
Condições de Trabalho			
<i>Carga Horária Semanal</i>			
Menos de 40 horas semanais	34	11,5	7,9-15,2
40 horas semanais	261	88,5	84,8-92,1
<i>Vinculo Empregatício</i>			
Precarizado	226	76,4	71,5-81,1
Estável	70	23,6	18,8-28,5
<i>Trabalho Extra</i>			
Sim	171	57,8	52,1-63,4
Não	125	42,2	36,6-63,4
<i>Capacitação Pedagógica</i>			
Sim	167	56,4	50,7-62,1
Não	129	43,6	37,9-49,3
<i>Recursos Materiais</i>			
Sim	170	57,4	5,2-63,1
Não	126	42,6	36,9-48,2
<i>Estrutura Física</i>			
Sim	192	64,9	59,4-0,7
Não	104	35,1	0,3-40,6
<i>Avaliação com Gestão Municipal</i>			
Sim	224	75,7	70,8-80,6
Não	72	24,3	19,4-29,2

%= Prevalência; IC95%= Intervalo de Confiança de 95%.

Na Tabela 9 constatou-se, nas regiões Norte e Nordeste, a predominância de profissionais advindos de IES públicas, ao contrário das demais regiões ($p < 0,05$). A prevalência de cursos oferecidos

gratuitamente na região Norte (63,3%, n=50) pode explicar esta prevalência. Contudo, no Nordeste este percentual chegou apenas a 37% (n=53) (E-MEC, 2011), evidenciando a possibilidade de outros fatores não investigados e constatados na literatura influenciarem este resultado.

Tabela 9. Formação dos profissionais de Educação Física que atuam no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, de acordo as regiões do Brasil, janeiro de 2011.

RG	IES* ⁺		Graduação ⁺			Escolaridade ⁺	
	Pública	Privada	LIC	LIC P	BAC	GRAD	PG
	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)
NO	56,3(9)	43,8(7)	12,5(2)	81,3(13)	6,3(1)	68,8(11)	31,3(5)
ND	61,4(89)	38,6(56)	11,8(17)	74,3(107)	13,9(20)	43,4(63)	56,6(82)
SD	18,6(16)	81,4(70)	4,7(4)	70,9(61)	24,4(21)	48,8(42)	51,2(44)
SU	44,1(15)	55,9(19)	5,9(2)	79,4(27)	14,7(5)	32,4(11)	67,6(23)
CO	26,7(4)	73,3(11)	13,3(2)	86,7(13)	-	26,7(4)	73,3(11)

%; prevalência; RG: Regiões; NO: Norte; ND: Nordeste; SD: Sudeste; SU: Sul; CO: Centro Oeste; IES: Instituição de Ensino Superior; LIC: Licenciatura; LIC P: Licenciatura de atuação Plena; BAC: Bacharelado; GRAD: Graduação; PG: Pós-Graduação Lato Sensu ou Stricto Sensu; *: $p < 0,05$; ⁺: Teste Exato de Fisher.

O processo de precarização dos vínculos de trabalho na saúde foi motivado pela flexibilidade na forma de contratação pessoal iniciadas em 1995, reduzindo os gastos e o papel do Estado (MENDONÇA, 2010a). No presente estudo, os profissionais de Educação Física do NASF, da região Sul, tiveram 18 vezes mais chances de ter um vínculo estável quando comparado aos profissionais da região Norte (Tabela 10). Entre trabalhadores da APS, a precarização do vínculo de trabalho atingiu 30% dos trabalhadores na região Sul e 42% da região Nordeste; ao considerar o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) o percentual apresentado foi ainda menor, de 14% no Sul e 17% no Nordeste (SILVEIRA et al., 2010).

No Brasil em 2000, observou-se entre os profissionais de Medicina, Odontologia e Enfermagem, que somente a Enfermagem apresentou maior prevalência de profissionais com a carteira assinada (OLIVEIRA, 2010). A mobilização da gestão e sociedade para a desprecarização dos vínculos tem sido evidenciada na Saúde da Família, chegando após a Emenda Constitucional 51, em 2006, a 5% de vínculos instáveis na força de trabalho em saúde no Brasil, com 6,9% quando analisados isoladamente médicos e 4% os dentistas (GIRARDI et al., 2010).

Quando agrupadas as variáveis referentes aos recursos materiais e estrutura física, a maioria dos profissionais referiu não dispor das condições mínimas para o exercício profissional, não havendo diferença significativa entre as regiões (Tabela 10). O ambiente de trabalho adequado às necessidades da equipe pode estimular a atuação interdisciplinar e satisfação do profissional (NORONHA; LIMA FILHO, 2011); contrariamente, a fragilidade do espaço físico e da organização do trabalho nas unidades de saúde são, em alguns casos, produtores de doenças (TRAD; ROCHA, 2011).

A região Norte, embora não tenha indicado associação significativa, apresentou maior percentual de profissionais que trabalham em outros locais além do NASF, sendo nas regiões Sul e Centro Oeste, as menores proporções (Tabela 10). Este aspecto pode estar atrelado à fragilidade institucional no processo de contratação e apresentação da proposta, o que gera incertezas (TRAD; ROCHA, 2011), rotatividade dos profissionais e descumprimento da carga horária de trabalho por conciliarem outros vínculos trabalhistas (PINTO;

MENEZES; VILLA, 2010). Portanto, a precarização do vínculo profissional na APS é um dos principais problemas a serem superados para a qualificação do cuidado em saúde.

Em relação às atividades de capacitação, estas foram desenvolvidas na maioria das equipes de NASF nas regiões Centro Oeste, Nordeste e Sul do país (Tabela 10). Estudo com profissionais de Unidades Básicas, também destacou as atividades de capacitação e educação permanente como uma das mais referidas no Nordeste (FACCHINI et al., 2006).

A capacitação do profissional e experiência prévia de atuação na perspectiva da saúde coletiva pode influenciar positivamente na humanização do serviço, demonstrando a importância da realização de um treinamento introdutório para início do trabalho das equipes de saúde (TRAD; ROCHA, 2011).

As Oficinas de Qualificação do NASF, sobre a temática de redução da mortalidade infantil, desenvolvidas pelo Departamento da Atenção Básica, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2010) podem ter contribuído para o resultado positivo quanto à capacitação pedagógica. Destacam-se também iniciativas de elaboração de diretrizes estaduais para o NASF (SESAB, 2012), e demais mobilizações para apoio estratégico aos municípios que implantaram o NASF (SESAM, [ca. 2011]).

Tabela 10. Prevalência e análise ajustada* das condições de trabalho dos profissionais de Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por regiões do Brasil, janeiro de 2011.

RG	Carga horária de 40 horas semanais		Vínculo empregatício estável		Recursos materiais e estrutura física		Trabalha em outro Local		Capacitação pela gestão em saúde		Avaliação pela gestão em saúde	
	%(n)	Ajustada ⁺ OR(IC95%)	%(n)	Ajustada [§] OR(IC95%)	%(n)	Ajustada ^{**} OR(IC95%)	%(n)	Ajustada ⁺⁺ R(IC95%)	%(n)	Ajustada ^{§§} OR(IC95%)	%(n)	Ajustada ^{***} OR (IC95%)
NO	81,3(13)	1	6,3(1)	1	68,8(11)	1	68,8(11)	1	50,0(8)	1	93,8(15)	1
ND	86,8(125)	1,8(0,4-7,6)	16,6(24)	2,9(0,4-23,4)	46,9(68)	0,4(0,1-1,4)	64,1(93)	0,9(0,3-2,9)	64,1(93)	2,0(0,7-5,6)	78,6(114)	0,3(0,04-2,8)
SD	87,2(75)	1,4(0,3-6,3)	24,4(21)	4,8(0,6-38,3)	50,0(43)	0,6(0,2-1,9)	58,1(50)	0,6(0,2-2,1)	40,7(35)	0,7(0,3-2,2)	73,3(63)	0,2(0,02-1,5)
SU	97,1(33)	6,8(0,6-79,0)	55,9(19)	18,0(2,1-153,0)	32,4(11)	0,3(0,9-1,3)	35,3(12)	0,3(0,1-1,1)	64,7(22)	2,2(0,6-7,3)	58,8(20)	0,1(0,01-1,1)
CO	100,0(15)	-	33,3(5)	7,0(0,7-69,9)	46,7(7)	0,5(0,1-2,4)	33,3(5)	0,3(0,5-1,3)	60,0(9)	1,7(0,4-7,0)	80,0(12)	0,3(0,03-3,5)
p-valor		0,62		p<0,001		0,43		0,03		0,01		0,09

%: prevalência; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; OR: *Odds Ratio*. NO: Norte; ND: Nordeste; SD: Sudeste; SU: Sul; CO: Centro Oeste; EMP: empregatício. *: Análises ajustada para variáveis relacionadas às condições de trabalho e formação profissional. ⁺: Ajustadas no modelo final com p-valor <0,20= tipo de instituição de ensino superior no nível 1 e trabalho extra, avaliação pela gestão no nível 2. Teste de Hosmer-Lemeshow p= 0,68. [§]: Nenhuma variável permaneceu ajustada no modelo final com p-valor <0,20. Teste de Hosmer-Lemeshow p= 1,00. ^{**}: Ajustada no modelo final com p-valor<0,20= capacitação, trabalho extra e avaliação pela gestão. Teste de Hosmer-Lemeshow p= 0,98. ⁺⁺: Ajustado no modelo final com p-valor <0,20= escolaridade, tipo de graduação no nível 1 e carga horária, recursos materiais e estrutura física no nível 2. Teste de Hosmer-Lemeshow p= 0,77. ^{§§}: Ajustada no modelo final com p <0,20= recursos materiais e estrutura física. Teste de Hosmer-Lemeshow p= 0,68. ^{***}: Ajustada no modelo final com p<0,20= escolaridade, tipo de Instituição de Ensino Superior no nível 1 e carga horária, recursos materiais e estrutura física no nível 2. Teste de Hosmer-Lemeshow p= 0,92.

A Educação Física, apesar de estar vinculada à prevenção e promoção da saúde, tem pouca experiência prática nos serviços públicos. Isto torna desafiador o seu reconhecimento como profissional da saúde, com definição clara do seu papel e das competências para atuação no SUS, principalmente em equipes multiprofissionais em saúde.

4.4 ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA, BASEADO NOS PILARES DO APOIO MATRICIAL

A atuação profissional da Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, para que seja efetiva, necessita ter uma confluência com os princípios do AM. A Tabela 11 apresenta a prevalência dos valores observados e esperados de fatores simultâneos, relacionados ao AM para cada região do Brasil. Verificou-se que, em média, 7% dos entrevistados atenderam aos parâmetros de todos os indicadores do AM, e 31% não atenderam a nenhum destes, sendo esta caracterização semelhante para todas as regiões, exceto a região Norte que nenhum profissional apresentou quatro indicadores de AM.

A proporção de entrevistados com quatro fatores foi maior do que o esperado, com base nas frequências individuais (observados e esperados), para quase todas as regiões. Porém, a probabilidade de não realizar nenhuma atividade foi acima dos valores esperados nas regiões Norte (O/E= 1,3) e Nordeste (O/E= 1,1). As regiões Sul e Centro Oeste

obtiveram valores abaixo do esperado, indicando respectivamente, menos 20 e 40% em indivíduos com nenhum fator relacionado ao AM, caso os fatores fossem independentes (Tabela 11).

No Centro Oeste, Norte e Nordeste a maioria dos indicadores foi menor que o esperado, enquanto que no Sudeste e Sul os indicadores foram superiores ao esperado. Destaca-se que na região Sul, apenas para a combinação de Educação em Saúde e Clínica Ampliada, os valores foram 10% menores que o esperado (Tabela 11).

Os resultados acima demonstram que a região Sul e Sudeste apresentaram os melhores resultados, contrapondo o Norte e Nordeste do país. Cenários divergentes também são constatados por outros estudos em relação à precarização do trabalho (FACHINNI, 2006), o sedentarismo em residentes nas áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (SIQUEIRA et al., 2008), problemas de saúde relatados por trabalhadores de saúde e cobertura de médico na APS (TOMASI et al., 2008). Em contrapartida, aspectos como satisfação com a saúde pelos trabalhadores da APS (TOMASI et al., 2008) e consolidação da Saúde da Família nos centros urbanos (FACCHINI et al., 2008) são melhores no Nordeste, comparados ao Sudeste.

Analisando os indicadores isoladamente por regiões, as maiores proporções de valores acima dos esperados foram para o Nordeste (10%) e Sudeste (10%) referentes à Educação Permanente, no Norte (30%) a Clínica Ampliada, no Centro Oeste (80%) a Educação em Saúde; e no Sul (60%) o Controle Social (Tabela 11).

Tabela 11. Combinação dos indicadores relacionados ao apoio matricial no Núcleo de Apoio à Saúde da Família para cada região do Brasil, janeiro de 2011.

Nº	ES	EP	CS	CA	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro Oeste	
					O n(%)	O/E	O n(%)	O/E	O n(%)	O/E	O n(%)	O/E	O n(%)	O/E
3 ou 4	+	+	+	+	-	-	6(4,1)	0,7	7(8,1)	1,4	3(8,8)	1,5	1(6,7)	1,1
	-	+	+	+	-	-	8(5,5)	0,7	9(10,5)	1,4	4(11,8)	1,6	1(6,7)	0,9
	+	-	+	+	1(6,3)	0,8	9(6,2)	0,8	7(6,4)	1,1	4(11,8)	1,6	1(6,7)	0,9
	+	+	-	+	1(6,3)	0,5	19(13,1)	1,1	10(11,6)	1,0	4(11,8)	1,0	1(6,7)	0,6
	+	+	+	-	1(6,3)	0,6	12(8,3)	0,8	10(11,6)	1,2	5(14,7)	1,5	1(6,7)	0,7
2	+	+	-	-	2(12,5)	0,6	31(21,4)	1,0	18(20,9)	1,0	8(23,5)	1,1	4(26,7)	1,3
	+	-	+	-	2(12,5)	0,8	19(13,1)	0,9	14(16,3)	1,0	8(23,5)	1,5	2(13,3)	0,9
	+	-	-	+	5(31,3)	1,9	23(15,9)	1,0	13(15,1)	0,9	5(14,7)	0,9	3(20,0)	1,2
	-	+	+	-	1(6,3)	0,4	19(13,1)	0,9	14(16,3)	1,1	9(26,5)	1,8	1(6,7)	0,5
	-	+	-	+	1(6,3)	0,3	26(17,9)	1,0	20(23,3)	1,3	6(17,6)	1,0	1(6,7)	0,4
	-	-	+	+	1(6,3)	0,7	11(7,6)	0,8	9(10,5)	1,1	6(17,6)	1,9	1(6,7)	0,7
	+	-	-	-	7(43,8)	1,1	53(36,6)	0,9	35(30,7)	1,0	17(50,0)	1,2	11(73,3)	1,8
1	-	+	-	-	2(12,5)	0,3	60(41,4)	1,1	36(41,9)	1,1	13(38,2)	1,0	5(33,3)	0,8
	-	-	+	-	4(25,0)	1	34(36,3)	0,9	20(21,5)	0,9	14(41,2)	1,6	2(13,3)	0,5
	-	-	-	+	5(4,33)	1,3	36(38,7)	0,9	26(30,2)	1,1	9(9,1)	1,0	3(20,0)	0,8
	-	-	-	-	7(43,8)	1,3	49(33,8)	1,1	28(32,6)	1,0	9(26,5)	0,8	3(20,0)	0,6

ES: Educação em Saúde; EP: Educação Permanente; CS: Controle Social; CA: Clínica Ampliada.

A associação e controle dos indicadores do AM com as condições de trabalho e formação profissional permitem a identificação dos principais fatores que estão relacionados ao desempenho das práticas em saúde.

Na análise bruta dos fatores associados aos indicadores simultâneos às atividades de Apoio matricial, desenvolvidas pelos profissionais de Educação Física no NASF (Tabela 12), as variáveis associadas foram idade inferior a 40 anos, ter pós-graduação, número máximo de 10 ESF acompanhadas pelo NASF, estar inserido no NASF desde sua implantação, ter recebido capacitação pedagógica pela gestão em saúde, dispor de recursos materiais e estrutura física mínima para o trabalho e ter um vínculo de trabalho estável.

Na análise ajustada (Tabela 12), verificou-se que as equipes de NASF com mais de 10 ESF têm uma probabilidade 60% e 70% maior de realizar uma ou 2 atividades, respectivamente, em relação a quem acompanha menos de 10 ESF, quando comparado aos que não realizaram nenhuma atividade. Este resultado diverge do esperado uma vez que o número elevado de ESF poderia comprometer as relações de vínculo com as ESF e a participação efetiva na coordenação do cuidado das pessoas daquele território.

O estudo realizado com fisioterapeutas do NASF de Governador Valadares, MG, expõe que a falta de integração entre as equipes é uma dificuldade em realizar o matriciamento (BARBOSA et al., 2010), coincidindo com a resistência das ESF na aceitação da proposta do NASF vivenciada por profissionais de Educação Física de um município do Paraná, região Sul (SOUZA; LOCH, 2011). Por outro lado, o resultado encontrado no presente estudo pode ser justificado, na

medida em que o aumento do número de equipes interfere em maiores possibilidades de diversificar as atividades desenvolvidas.

Ao analisar os fatores associados aos indicadores simultâneos do Apoio Matricial (Tabela 12) observa-se que os mais jovens apresentaram até sete vezes maior probabilidade (OR 7,5; IC95% 2,0-28,4) de realizar três ou quatro atividades de AM. Este resultado pode ser explicado pelos ciclos de vida profissional (HUBERMAN, 2000), utilizado comumente na trajetória profissional docente. Esta teoria retrata que o percurso profissional engloba desde o início da formação à aposentadoria, contudo, as últimas fases são caracterizadas por momentos contraditórios de estabilização e desinvestimento (HUBERMAN, 2000). Também é identificado que as frustrações durante a carreira, apontadas por professores, são superadas pela realização profissional, o que contribui para sua permanência na profissão (FOLLE; NASCIMENTO, 2010).

O tempo de serviço no NASF foi apontado como um fator associado a melhores resultados nas atividades de AM; a chance do profissional realizar três ou quatro atividades simultaneamente foi maior (OR 3,9; IC95% 1,1-5,4) para aqueles que atuavam no NASF desde a implantação, quando comparado aos que não desenvolveram nenhuma atividade (Tabela 12). A permanência do profissional no serviço favorece a integração com a ESF e vínculo com a comunidade, e as condições de trabalho são fundamentais para garantir a fixação do profissional (SCALC; LACERDA; CALVO, 2010).

O MS, principalmente a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tem fomentado políticas em prol da redução da rotatividade profissional (SANCHO et

al., 2011), mas a precarização dos vínculos trabalhos são cenários comuns na gestão de recursos humanos, principalmente na Estratégia de Saúde da Família (TRAD; ROCHA, 2011; GIRARDI et al., 2010).

Observou-se que a chance do profissional que recebeu capacitação pedagógica pela gestão em saúde realizar três ou quatro atividades simultaneamente foi 2,6 vezes (OR 2,6; IC95% 1,3-5,4) maior em relação aos que não foram capacitados (Tabela 12).

A complexidade e dinamicidade dos problemas de saúde, assim como a distância da formação profissional para as necessidades saúde da população, mobilizaram a implementação da Educação Permanente em saúde. A articulação deste processo com o cotidiano do trabalho permite a concretização da interdisciplinalidade, integralidade, por meio da pedagogia problematizadora e participativa (CECCIM, 2004).

Tabela 12. Prevalência e Razão de *Odds* bruta e ajustada dos fatores associados à simultaneidade de indicadores do apoio matricial dos profissionais de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, janeiro de 2011.

Fatores Associados	Simultaneidade de Atividades*										
	0 ⁽ⁿ⁼⁹⁶⁾			1 ⁽ⁿ⁼⁸²⁾			2 ⁽ⁿ⁼⁶¹⁾			3 ou 4 ⁽ⁿ⁼⁵⁷⁾	
	n	%	%	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)	%	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)	%	Bruta OR (IC95%)	Ajustada OR (IC95%)
Grupo Etário											
20- 29 anos	126	32,5	27,8	1,2(0,5-2,7)	1,3(0,6-2,9)	21,4	2,0(0,7-5,3)	2,2(0,8-6,0)	18,3	3,9(1,1-12,6)	4,8(1,2-18,0)
29-39 anos	123	27,6	25,2	1,3(0,6-2,9)	1,3(0,6-3,1)	22,0	2,4(0,9-6,4)	2,5(0,9-6,9)	25,2	6,4(1,7-23,5)	7,5(2,0-28,4)
40 anos ou mais	46	45,7	32,6	1	1	15,2	1	1	6,5	1	1
Escolaridade											
Graduação	131	37,4	25,2	1	-	22,1	1	-	15,3	1	-
Pós-Graduação	165	28,5	29,7	1,5(0,9-2,8)	-	19,4	1,2(0,6-2,2)	-	22,4	1,9(1,1-3,8)	-
Modalidade de NASF											
NASF 1	238	32,4	25,6	0,7(0,2-2,3)	-	22,7	3,5(0,4-30,9)	-	19,3	0,7(0,2-2,9)	-
NASF 2	42	33,3	35,7	0,9(0,2-3,6)	-	14,3	2,1(0,2-22,5)	-	16,7	0,6(0,1-3,0)	-
NASF Intermunicipal	16	31,3	37,5	1	-	6,3	1	-	25,0	1	-
Número de ESF											
Até 10 ESF	216	37,5	26,4	0,4(0,2-0,9)	0,4(0,2-0,9)	17,1	0,3(0,1-0,6)	0,3(0,1-0,6)	19,0	0,5(0,2-1,1)	0,5(0,2-1,2)
Mais de 10 ESF	80	18,8	31,3	1	1	30,0	1	1	20,0	1	1
Tempo de serviço no NASF											
Com a implantação	247	30,0	28,3	1,7(0,8-3,6)	1,6(0,7-3,6)	19,8	1,2(0,5-2,6)	0,9(0,4-2,1)	21,9	5,1(1,5-18,0)	3,9(1,1-14,0)
Após a implantação	48	43,8	25,0	1	1	25,0	1	1	6,3	1	1
Capacitação											
Sim	167	24,0	29,3	2,1(1,1-3,8)	2,0(1,1-3,6)	23,4	2,5(1,3-4,8)	2,5(1,3-5,0)	23,4	3,0(1,5-6,0)	2,6(1,3-5,4)
Não	129	43,4	25,6	1	1	17,1	1	1	14,0	1	1

OR: *Odds Ratio*. NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família. * Teste -2 Log Likelihood of reduced Model: p<0,001.

Continuação na próxima página

Continuação da Tabela 12. Prevalência e Razão de *Odds* bruta e ajustada dos fatores associados à simultaneidade de indicadores do apoio matricial dos profissionais de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasil, janeiro de 2011.

Condições Físicas												
Sim	140	32,1	22,1	0,7(0,4-1,3)	0,8(0,4-1,4)	20,0	0,9(0,5-1,8)	1,1(0,6-2,2)	25,7	1,9(1,0-3,8)	2,0(1,0-4,1)	
Não	156	32,7	32,7	1	1	21,2	1	1	13,5	1	1	
Vínculo Empregatício												
Estável	70	27,1	28,6	1,3(0,6-2,7)	-	24,3	1,6(0,7-3,3)	-	20,0	1,3(0,6-2,9)	-	
Precário	226	34,1	27,4	1	-	19,5	1	-	19,0	1	-	

OR: *Odds Ratio*. NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; ESF: Equipe de Saúde da Família. *: Teste -2 *Log Likelihood of reduced Model*: $p < 0,001$.

A Tabela 13 apresenta a análise bruta dos fatores associados às combinações para a categoria de três ou quatro fatores simultâneos. A combinação com Educação em Saúde, Educação Permanente e Controle Social, associou-se à disponibilidade de recursos materiais e estrutura física mínima, enquanto que as combinações Educação em Saúde, Controle Social e Clínica Ampliada e a Educação Permanente, Controle Social e Clínica Ampliada associaram-se com vínculo empregatício estável, pós-graduação e capacitação pela gestão em saúde.

Na análise ajustada (Tabela 14), permaneceu associado para a Educação em Saúde, Educação Permanente e Controle Social a disponibilidade de recursos materiais e estrutura física (OR 2,2; IC95% 1,1-4,9). Quando observada também a análise bruta é constatada que as duas combinações que agruparam as variáveis relacionadas à Educação em Saúde e Educação Permanente, associaram-se aos recursos materiais e estrutura física. Pesquisas relataram entre as principais atividades desenvolvidas para promoção da atividade física no NASF, os exercícios resistidos (SOUZA; LOCH, 2011) e grupos operativos (BARBOSA et al., 2010), portanto, são ações de educação em saúde que demandam uma estrutura física e material mínimo para sua concretização.

Em relação às atividades de Educação Permanente, deve ser entendido que estas superam as atividades de treinamento ou cursos que são transitórias e desarticuladas ao processo de trabalho (SAUPE; CUTOLO; SANDRI, 2008). Contudo, atividades de capacitação com as equipes ainda é a metodologia utilizada pelos profissionais (SOUZA; LOCH, 2011) para enfrentamento de problemas relacionados ao processo de trabalho e mediação de conflitos.

Saupe, Cutolo e Sandri (2008), apresentam um diagrama sobre os descritores para Educação Permanente na APS, destacando-se os aspectos operacionais, por meio do uso de metodologias ativas para a solução de problemas, planejamento e ações educativas de promoção da saúde. Portanto, este processo é multidimensional e permeia os diferentes espaços educativos da vida cotidiana em diferentes ambientes.

Observando a combinação, Educação Permanente, Controle Social e Clínica Ampliada, destaca-se que os profissionais que receberam capacitação pedagógica tiveram uma probabilidade três vezes maior (OR 3,6; IC95% 1,2-11,3) de desenvolver tais atividades (Tabela 14). Portanto, questiona-se sobre a aproximação dos profissionais com os conteúdos relacionados ao AM, que por não ocorrerem durante a formação inicial, são por vezes apresentados a partir de atividades de Educação Permanente no ambiente de trabalho. Destaca-se, a reconhecida importância deste espaço para qualificação das práticas em saúde e problematização sobre situações cotidianas, porém, convém para a potencialização do mesmo, a convergência e embasamento conceitual dos profissionais envolvidos.

Na Educação Física, a formação profissional não é direcionada para uma abordagem multiprofissional das questões relacionadas ao processo saúde e doença (ANJOS, DUARTE, 2009). O novo perfil dos trabalhadores do SUS requer um olhar plural e coletivo para os problemas de saúde, em contraposição à racionalidade e especificidade engendrada pela sociedade desde o período industrial. A inclusão da Educação Física nas iniciativas ministeriais de reorientação da formação profissional impulsionam mudanças curriculares para adequação da formação às necessidades de saúde do SUS.

Tabela 13. Prevalência e Razão de *Odds* bruto dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais indicadores relacionados ao apoio matricial. Brasil, janeiro de 2011.

Fatores Associados	n	ES/EP/CS		ES/EP/CA		ES/CS/CA		EP/CS/CA		ES/EP/CS/CA		
		%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	
Grupo Etário												
20-29 anos	126	8,7	2,1(0,4-9,9)	11,1	-	7,9	-	7,1	3,5(0,4-28,1)	5,6	-	
29-39 anos	123	13,0	0,6(0,3-1,4)	17,1	0,6(0,3-1,3)	9,8	0,8(0,3-1,9)	9,8	0,7(0,3-1,8)	8,1	0,7(0,2-1,8)	
40 anos ou mais	46	4,3	1	-	1	-	1	2,2	1	-	1	
Escolaridade												
Graduação	131	7,6	1	9,2	1	3,8	1	3,8	1	3,1	1	
Pós-Graduação	165	11,5	1,6(0,7-3,5)	13,9	1,6(0,8-3,4)	10,3	2,9(1,1-8,1)	10,3	2,9(1,1-8,0)	7,9	2,7(0,9-8,5)	
Tempo de serviço no NASF												
Com a implantação	238	10,9	2,8(0,6-12,3)	13,4	3,5(0,8-15,3)	8,5	4,3(0,6-33,3)	8,5	0,2(0,3-1,7)	6,5	3,2(0,4-25,1)	
Após a implantação	42	4,2	1	4,2	1	2,1	1	2,1	1	2,1	1	
Modalidade de NASF												
NASF 1	16	10,9	2,5(0,6-10,7)	12,2	1,0(0,4-2,8)	17	0,7(0,2-2,3)	8,0	1,7(0,4-7,7)	6,3	1,3(0,3-6,1)	
NASF 2	216	4,8	1,8(0,2-14,5)	11,9	2,1(0,3-16,3)	9,5	1,2(0,1-9,3)	4,8	1,3(0,2-10,4)	4,8	-	
NASF Intermunicipal	80	6,3	1	6,3	1	6,3	1	6,3	1	-	1	
Número de ESF												
Até 10 ESF	247	9,3	0,8(0,4-1,9)	10,6	0,7(0,3-1,4)	6,5	0,6(0,3-1,5)	6,5	0,6(0,3-1,5)	4,6	0,5(0,2-1,4)	
Mais de 10 ESF	48	11,3	1	15,0	1	10,9	1	10,0	1	8,8	1	
Capacitação												
Sim	167	12,0	1,8(0,8-4,1)	13,8	1,6(0,7-3,3)	10,2	2,8(1,1-7,8)	10,8	3,8(1,2-11,4)	7,8	2,6(0,8-8,3)	
Não	129	7,0	1	9,3	1	3,9	1	3,1	1	3,1	1	

OR: *Odds Ratio*, ES: Educação em Saúde, EP: Educação Permanente, CS: Controle Social, CA: Clínica Ampliada.

Continuação na próxima página

Continuação da Tabela 13. Prevalência e Razão de *Odds* bruto dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais indicadores relacionados ao apoio matricial. Brasil, janeiro de 2011.

Recursos Materiais e Estrutura Física											
Sim	140	13,6	2,3(1,1-5,1)	15,7	2,1(1,0-4,2)	8,6	1,4(0,6-3,3)	9,3	1,6(0,7-4,0)	7,1	1,6(0,6-4,4)
Não	156	6,4	1	8,3	1	6,4	1	5,8	1	4,5	1
Vínculo Empregatício											
Estável	70	12,9	1,5(0,7-3,5)	11,4	1,0(0,4-2,2)	12,9	2,4(1,1-5,9)	12,9	2,4(1,1-5,9)	10,0	2,4(0,9-6,6)
Precário	226	8,8	1	11,9	1	5,8	1	5,8	1	4,4	1

OR: *Odds Ratio*, ES: Educação em Saúde, EP: Educação Permanente, CS: Controle Social, CA: Clínica Ampliada.

Tabela 14. Prevalência e Razão de *Odds* ajustado dos fatores associados à simultaneidade de três ou mais indicadores relacionados ao apoio matricial. Brasil, janeiro de 2011.

Fatores Associados	ES/EP/CS*		ES/EP/CA ⁺		ES/CS/CA [§]		EP/CS/CA ^{**}		ES/EP/CS/CA ⁺⁺	
	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)	%	OR (IC95%)
Escolaridade										
Graduação	-		-		3,8	1	3,8	1	3,1	1
Pós-Graduação	-		-		10,3	2,8(1,0-7,8)	10,3	2,7(1,0-7,8)	7,9	2,6(0,8-8,2)
Tempo de serviço no NASF										
Com a implantação	-		13,4	3,3(0,7-14,1)	-		-		-	
Após a implantação	-		4,2	1	-		-		-	
Capacitação										
Sim	12,0	1,7(0,7-3,9)	-		10,2	2,7(1,0-7,7)	10,8	3,6(1,2-11,3)	7,8	2,5(0,8-8,1)
Não	7,0	1	-		3,9	1	3,1	1	3,1	1
Recursos materiais e estrutura física										
Sim	13,6	2,2(1,1-4,9)	15,7	1,9(0,9-4,1)	-		-		-	
Não	6,4	1	8,3	1	-		-		-	
Vínculo Empregatício										
Estável	-		-		12,9	2,3(0,9-5,7)	12,9	2,3(0,9-5,7)	10,0	2,3(0,8-6,3)
Precário ou não tem	-		-		5,8	1	5,8	1	4,4	1

OR: *Odds Ratio*, ES: Educação em Saúde, EP: Educação Permanente, CS: Controle Social, CA: Clínica Ampliada. * Teste de Hosmer-Lemeshow p= 0,44; ⁺ Teste de Hosmer-Lemeshow p=1,0; [§] Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,31; ^{**} Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,62; ⁺⁺ Teste de Hosmer-Lemeshow p=0,21.

4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A abrangência nacional do estudo permite retratar as realidades deste serviço de saúde, considerando as características regionais. Contudo, os dados extraídos de fontes secundárias podem apresentar limitações na concepção e cobertura dos registros no sistema de informação. Estudos anteriores destacam a diferença na qualidade de registro das informações entre as regiões do Brasil (SZWARCOWALD et al., 2002; ANTUNES, 2007).

Cabe ressaltar que o registro de equipes de saúde disponível no CNES tem melhor qualidade no fluxo de declarações em comparação a outros sistemas e informações de saúde, uma vez que esta relação gera o repasse do incentivo financeiro da União para as equipes de saúde (BRASIL, 2008c). A transferência condicionada de recursos federais para programas específicos contribui não somente para a coordenação das finanças, mas para estímulo da gestão municipal em aderir aos programas e redução das desigualdades em recursos e investimentos na saúde (VAZQUEZ, 2011).

A carência de dados sobre o NASF disponíveis no sistema de informação brasileiro, acrescenta uma emergente demanda de construção de indicadores específicos para acompanhamento destas equipes e dos procedimentos de trabalho realizados pelos profissionais.

Em relação às informações primárias, algumas limitações podem ser destacadas quanto ao viés de aferição, pelo fato do procedimento de entrevista por telefone, pode ter interferido no contato com profissionais em algumas localidades. O viés recordatório pode ser apontado para as

informações referentes ao período de ingresso no NASF e sobre o curso de formação inicial e complementar. Em contrapartida, foi realizado o procedimento de validade do instrumento de pesquisa o que permitiu readequação das questões de forma a facilitar a compreensão do público alvo e garantir a fidedignidade das respostas.

Todavia, os resultados divulgados oportunizam informações de uma amostra representativa da população de profissionais de Educação Física do NASF no Brasil em janeiro de 2011, bem como apresenta indicadores de monitoramento da expansão do NASF que podem ser aprimorados em futuras pesquisas, permitindo contribuições para a avaliação da cobertura e expansão do NASF no Brasil.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSÃO

A cobertura do NASF aumentou no período de 2008 a 2011, no Brasil e em todas as regiões, mas, ainda com baixo alcance de municípios. Entre aqueles de menor porte populacional houve uma menor adesão, já os municípios maiores não atingiram o número teto de equipes de NASF a serem implantadas. A média de equipes de saúde da família acompanhadas pelo NASF chega à metade do teto estimado, fator que esteve associado à maior probabilidade do Profissional de Educação Física realizar as atividades de AM.

A expansão do NASF ocorreu de forma desigual entre as regiões, com destaque positivo para o Nordeste. A região Sul apresentou o menor percentual de cobertura do NASF, enquanto a região Centro-Oeste sobressaiu em relação à adesão do NASF 2. De forma contrária, a prevalência de profissionais que desempenharam simultaneamente todas as atividades de AM foi maior na região Sul do país. Já o Nordeste e Norte apresentaram valores acima do esperado na proporção de profissionais que não realizaram nenhuma atividade de AM.

Quando analisadas as categorias profissionais inseridas no NASF, àquelas com histórico em atuação na Saúde Pública, exceto as especialidades médicas, foram os mais recrutados, e o Profissional de Educação Física esteve entre os cinco mais recrutadas. A inserção do

profissional de Educação Física chegou aproximadamente à metade do número de NASF implantados, sendo maior no Paraná, na região Sul; e no Ceará, no Nordeste.

A média de idade dos profissionais de Educação Física foi 32 anos e a maioria era do sexo masculino, contrapondo-se ao cenário de feminilização dos recursos humanos em saúde. Em relação à formação inicial, prevaleceram profissionais que cursaram licenciatura Plena, formados em IES privadas, exceto nas regiões Norte e Nordeste. Destaca-se também que a maioria dos profissionais tinha curso de Pós-Graduação em temas vinculados a Educação Física e Saúde.

A jornada de trabalho predominante dos profissionais foi de 40 horas semanais; contudo, a maior parte relatou conciliar o trabalho no NASF com outras atividades, o que pode ser explicado pela precariedade dos vínculos trabalhistas. Esta afirmativa torna-se mais clara ao observar que os profissionais da região Sul apresentaram maior chance de trabalhar exclusivamente no NASF e ter vínculos estáveis, quando comparado ao Norte, mesmo ajustando para potenciais fatores de confusão.

A avaliação periódica da gestão em saúde, as capacitações pedagógicas e a disponibilidade de recursos materiais foram aspectos positivos das condições de trabalho do Profissional de Educação Física. Tais fatores permaneceram associados à maior chance do profissional desenvolver três ou mais atividades de AM.

Outras questões como ser mais jovem e atuar no NASF desde a sua implantação, também foram associados à realização de atividades de AM. Aponta-se então, a necessidade da administração pública em saúde,

repensar os vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, visando sua fixação no serviço.

As contribuições deste estudo destaca-se, principalmente, pela possibilidade de apresentar o cenário do NASF e da Educação Física anteriormente à implantação da nova Política Nacional da Atenção Básica, devido às mudanças nas categorias profissionais e mecanismos de adesão ao NASF. Algumas das barreiras encontradas anteriormente a esta adequação da política, podem ter comprometido a expansão da proposta do NASF.

A utilização de indicadores adequados às particularidades do NASF poderá auxiliar no planejamento da gestão em saúde e na definição de prioridades de pesquisa. Espera-se um aprimoramento destas medidas a partir de novas investigações, possibilitando a construção de indicadores avaliativos para identificação o impacto do NASF na política de APS e indicadores de saúde da população.

As desigualdades na implantação do NASF, condições de trabalho e atuação do Profissional de Educação Física atrelada ao AM, apontam para necessidade de redefinição de rumos e construção de estratégias de enfrentamento, no âmbito da gestão local e demais instâncias da saúde, visando a consolidação do NASF como instrumento potencializador dos princípios da APS e da Saúde da Família.

Nesse sentido, o progresso do NASF está entrelaçado ao avanço da Estratégia de Saúde da Família. Esta relação embrionária permite que, na medida em que a NASF apoia as ESF e se (re) conhece na RAS, a Saúde da Família fortalece suas ações, pela troca de experiências interdisciplinares, qualificando as práticas em saúde oferecidas à população.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Tatiana Coletto; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1127-1144, 2009.

BARBOSA, Erika Guerrieri; et al. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Fisioter. Mov.**, v. 23, n. 2, p. 323-30, abr./jun. 2010.

BARRETO, Maurício Lima; et al. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **The Lancet**, maio 2011. (Serie: Health Brasil 3)

BARROS, Daniela França; et al. O Contexto da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, vol. 1, n. 19, p. 18-84, jan./mar. 2010.

BODSTEIN, Regina; et al. Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 725-31, jul./set. 2006.

BORGES, Lucélia Justino. **Influência de um Programa de Exercício Física na Saúde Mental e na Aptidão Funcional de Idosos Usuários dos Centros de Saúde de Florianópolis**. 2009. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Florianópolis, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa da Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, 1988. 185p.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Congresso Nacional, 1990a. 20p.

_____. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Congresso Nacional, 1990b. 3p.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 130p.

_____. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

_____. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b, 44p.

_____. **Resolução nº 01**, de 18 de fevereiro de 2002. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2002c. 7p.

_____. **Resolução nº 02**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2002d. 1p.

_____. Pacto de Indicadores da Atenção Básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 2, n. 3, p. 221-24, abr./jun. 2003.

_____. **Resolução nº 07**, de 31 de março de 2004. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2004. 5p.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005a, 56p.

_____. **Portaria Interministerial nº 3.101**, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, 2005b, 1p.

_____. **Portaria nº 1.065**, de 04 de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, 3p.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**, v. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 60p. (Série. Pacto pela Saúde)

_____. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 31p.

_____. **Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2006c. 414p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998 – 2004.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006d. 200p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)

_____. **A Construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do processo participativo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006e. 300p. (Serie I. História da Saúde no Brasil)

_____. **Portaria nº 154**, de 18 de março de 2008. Cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 13p.

_____. **Portaria Interministerial nº 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação, 2008b. 2p.

_____. **Portaria nº 409**, de 23 de julho de 2008. Institui a Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c, 6p.

_____. **Diretrizes do NASF** - Caderno da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 164p.

_____. **Oficina de Qualificação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/OficinaQualificacaoNASF.pdf>. Acessado em 06 de janeiro de 2012. (Série C. Projetos Programas e Relatórios)

_____. **Decreto nº 7.508**, 28 de junho de 2011. Brasília: Ministério da Justiça, 2011a, 10p.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.8p.

_____. **Portaria nº 719**, de 7 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.4p.

_____. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Brasília: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Equipes.asp. Acessado em 09 de julho de 2011d.

_____. (Org.). **Nota Técnica: Origem dos Dados**. Departamento da Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/historico_cobertura_sf_notatcnica.pdf. Acesso em 29 de março de 2011e.

_____. **Evolução do Credenciamento e Implantação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Departamento da Atenção Básica (DAB). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acessado em 15 de agosto de 2011f.

_____. **Informações de Saúde - Demográficas e Sociodemográficas**. Brasília: Departamento de informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206. Acessado em: 11 de julho de 2011g.

_____. Ministério da Educação – virtual - (E-MEC). **Instituições de Ensino Superior e Cursos Cadastrados**. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>. Acessado em 15 de novembro de 2011h.

_____. **Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas**. Brasil 2004 - Agosto de 2011. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acessado em 05 de dezembro de 2011i.

_____. **Relação dos Municípios com Densidade Populacional abaixo de 10 habitantes por km²**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/municipios_densidade_populacion_al_abaixo_10_hab_km2.pdf. Acessado em: 02 de outubro de 2011j.

_____. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 02 de março de 2011l.

BRUGNEROTTO, Fabio Augusto. **Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde**. (SP). 2008. 110p. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Metodista de Piracicaba. São Paulo, 2008.

CAMARGO Jr., Kenneth Rochel et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad Saúde Pública**, v. 24, Sup.1, p. S58-S68, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARVALHO, Yara Maria. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Rev Bras Saúde da Família**, v.7, n.11, p. 33-45, jul./set. 2006.

CASTRO, Ana Luisa Barros; MACHADO, Cristiani Vieira. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o

financiamento federal. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n.4, p. 693-705, abr. 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004/fev. 2005.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>. Acessado em 11 de julho de 2011.

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). **Relação de Cursos Recomendados e Reconhecidos**. Disponível em: <http://conteudoweb.capes.gov.br/conteudoweb/ProjetoRelacaoCursosServlet?acao=pesquisarIes&codigoArea=40900002&descricaoArea=CI%CANCIAS+DA+SA%DADE+&descricaoAreaConhecimento=EDUCA%C7%C3O+F%CDSICA&descricaoAreaAvaliacao=EDUCA%C7%C3O+F%CDSICA>. Acessado em 05 de dezembro de 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, v. 21, n.3, p. 1121-1138, 2011.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. (SP). 2011. 207p. Tese (Doutorado de Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc**, v.20, n.4, p.961-970, out./dez. 2011.

DAL PUPO, Juliano; SCHÜTZ, Gustavo Ricardo; SANTOS, Saray Giovana. **Instrumentos de Medida**. IN: SANTOS, Saray Giovana (Org.). Métodos e Técnicas de Pesquisa Quantitativa Aplicada à Educação Física. Florianópolis: Tribo da Ilha, p. 141-190, 2011.

D'AGUIAR, José Manuel Monteiro. **O Programa de Saúde da Família no Brasil**. A Resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). 2001. 146f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2001.

DIAZ, Fernando Saavedra. Proyección de la disponibilidad de profesionales de la salud en Chile al 2020/ Projection of the availability of health professionals in Chile by the year 2020. **Cuad. méd.-soc**, v.50, n.4, p. 50: 307-14, 2010.

DIMENSTEIN, Magda; et al. O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde Mental. **Saúde Soc**, v.18, n.1, p.63-74, jan./mar. 2009.

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). **Perfil dos Médicos no Brasil**. 1995. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/rorehs_bkp/producao/perfil_medicos/index.htm. Acessado em 06 de novembro de 2011.

FACCHINI, Luiz Augusto; et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p. 669-681, jul./set. 2006.

FACCHINI, Luiz Augusto; et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 1, n. 24, Sup., p. S159-S172, 2008.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 317-21, jul./set 2004.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supp 1, pp. 865-872, 2011.

FOLLE, Alexandra, NASCIMENTO, Juarez Vieira. Trajetória docente em educação física: percursos formativos e profissionais. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**, São Paulo, v.24, n.4, p.507-23, out./dez. 2010.

FLORINDO, Alex Antonio. Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Promoção das Atividades Físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, v.14, n.2, p.72-73, 2009.

FURTADO, Juarez Pereira. **Apoio Matricial**: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP. 2009, 13f. Trabalho de Conclusão do Curso de Aprimoramento em Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP. Campinas, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 490-498, mar./abr. 2005.

GIRARDI, Sabato et al. O Trabalho Precário em Saúde: tendências e perspectivas na Estratégia de Saúde da Família. **Divulg. saúde debate**, n. 45, p. 54-70, maio 2010.

GOMES, Marcius de Almeida; DUARTE, Maria de Fatima da Silva. Efetividade de uma intervenção de Atividade física em Adultos Atendidos pela Estratégia Saúde da Família: programa ação e saúde Floripa-Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, vol. 13, n. 1, 2008.

HADDAD, Ana Estela et al. Formação de Profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saude Pública**, v. 44, n.3, p. 383-93, maio/jun. 2010.

HALLAL, Pedro Curi et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010.

HOEHNER, Christine M.; et al. Physical Activity Interventions in Latin America. A Systematic Review. **Am J Prev Med**, v. 34, n. 3, mar. 2008.

HOSMER, David W.; LEMESHOW, Stanley. **Applied Logistic Regression**. 2ed. New York: John Wiley & Sons, 2000.

HUBERMAN, Michael. **O ciclo de vida profissional dos professores**. In: NÓVOA, Antonio. (Org.). Vidas de professores. 2 ed. Porto: Porto, p.31-6, 2000.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **Sinopses Estatísticas da Educação Superior-Graduação**. 2009. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>. Acessado em 07 de novembro de 2011.

JUNQUEIRA, Túlio da Silva et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, p. 5, p. 918-928, maio 2010.

LUIZ, Ronir Raggio; MAGNANINI, Monica Maria Ferreira. A Lógica da Determinação do Tamanho da Amostra em Investigações Epidemiológicas. **Cad Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

MALTA, Debora Carvalho; CASTRO, Adriana Miranda; CRUZ, Danielle Keylla Alencar. A Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no SUS. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v.13, p. 24-26, 2008.

MALTA, Debora Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol Serv Saúde**, v.18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009.

MARCONDES, Rosana. **As Práticas Corporais no Serviço Público de Saúde**: uma aproximação entre a educação física e a saúde coletiva. (SP). 2007. 208p. Dissertação (Mestrado de Educação Física e Esporte) - Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

MENDONÇA, Bráulio Cesar; TOSCANO, Jose Jean, OLIVEIRA, Antônio Carlos. Programa Academia da Cidade de Aracaju: promovendo saúde por meio de atividade física. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 14, n. 3, p. 211-216, 2009.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, ago. 2010a.

MENDONÇA, Braulio Cesar et al. Exposure to a Community-Wide Physical Activity Promotion Program and Leisure-Time Physical Activity in Aracaju, Brazil. **JPAH**, v. 7, Suppl 2, p. S223-S228, 2010b.

MELLO, Guilherme Arantes et al. Médico de Família: ser ou não ser?. **Rev bras educ med**, v. 33, n. 3, p. 475-82, jul./set. 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de Atenção à Saúde**. 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 239-62, set. 1993.

MOLINI-AVEJONAS, Daniela Regina; MENDES, Vera Lúcia Ferreira, AMATO, Cibelle Albuquerque de la Higuera. Fonoaudiologia e Núcleos de Apoio à Saúde da Família: conceitos e referências. **Rev Soc Bras Fonoaudiol**, v. 15, n. 3, p. 465-74, 2010.

MORAES, Paulo; et al. Projeto Saúde na Praça: uma experiência de promoção da saúde em Araraquara-SP. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, v. 15, n.4, p.255-259, 2010.

MORETTI-PIRES, Rodrigo O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.30, p.153-66, jul./set. 2009.

NAKAMURA, Priscila Missaki; et al. Programa de intervenção para prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v.15, n. 2, p.128-132, 2010.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; 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**, v. 34, n. 4, p. 92-6, 2010.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva; LIMA FILHO, Domingos Leite. O agir em Saúde da Família: as condições existentes e necessárias para a interação e a troca de conhecimentos na prática profissional. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1745-1754, mar. 2011.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, N Esp., p. 133-40. 2006.

OLIVEIRA, Eliane dos Santos. Indicadores Essenciais para Gestão do Trabalho. **Divulg. saúde debate**, v. 45, p. 54-70, maio 2010.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OPAS, 2003. 105p.

Organização Pan Americana da Saúde (OPAS); **Rede Interagencial de Informações para a Saúde**. Indicadores de saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília: OPAS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). **Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud**

en las Américas. Toronto: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>. Acessado em 06 de novembro de 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde)

PAIM, Jairnilson Silva et al. The Brazilian Health System: History, Advances, and Challenges. **The Lancet**, 2011. (Serie: Health Brasil 1)

PASQUIM, Heitor Martins. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde e Soc**, v.19, n.1, p. 193-200, jan./mar. 2010.

PAULUS JÚNIOR, Aylton Paulu; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Rev Esp Saúde**, v.8, n.1, p.13-19, dez. 2006.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e pratica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PIERANTONI, Celia Regina. **Avaliação dos Cursos de Especialização em Saúde da Família.** Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/pesquisa/38594141.pdf>. Acessado em 06 de janeiro de 2012.

PINTO, Erika Simone Galvão; MENEZES, Rejane Maria Paiva; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 657-64, 2010.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão, 2006. Disponível em: http://www.rnpd.org.br/download/publicacoes/Saude_no_Brasil.doc. Acessado em 22 de junho de 2010.

PÓVOA, Luciano; ANDRADE, Monica Viegas. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1555-64, ago. 2006.

PRATT, Michael et al. Projeto Guia: um modelo para compreender e promover a atividade física no Brasil e na América Latina. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde**, vol. 15, n.1, 2010.

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (Rede APS). **Núcleos para Saúde da Família devem crescer 414%**. 2011. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=167. Acessado em 09 de novembro de 2011.

RONZAN, Telmo Mota, RIBEIRO, Mario Sérgio. Práticas e Crenças do Médico de Família. **Rev Bras Educ Med**, v. 28, n.3, p. 190-7, set./dez. 2004.

ROSA, Francielly Kristiny. **Currículo de Educação Física das Universidades Públicas do Sul do Brasil**: enfoque no Sistema Único de Saúde. (SC). 2011. 39p. Monografia (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2011.

SANCHO, Leyla Gomes et al. Rotatividade na Força de Trabalho da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9 n. 3, p. 431-447, nov.2011/fev.2012.

SAUPE, Rosita; CUTOLO, Luiz Roberto Agea; SANDRI, Juliana Vieira de Araújo. Construção de Descritores para o Processo de

Educação Permanente em Atenção Básica. **Trab. Educ. Saúde**, v. 5 n. 3, p. 433-452, nov.2007/fev.2008.

SCALC, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 603-614, mar. 2010.

SCHWARTZMAN, Jacques; SCHWARTZMAN, Simon. **O ensino superior privado como setor econômico**. Publicado em 21 de agosto de 2002. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/educacao-cultura/texto-98-2013-o-ensino-superior-privado-como-setor-economico.pdf>. Acessado em 06 de janeiro de 2012.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?view=article&catid=88%3Aapresentacao&id=311%3Aapresentacao&format=pdf&option=com_content&Itemid=234. Acessado em 06 de janeiro de 2012.

Secretaria de Saúde do Estado do Maranhão (SESAM). **I Mostra de Ações Integradas em Saúde dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dos Municípios do Estado do Maranhão**. [ca.2011] Disponível em: <http://www.saude.ma.gov.br/files/RegulamentoMostraNASF.pdf>. Acessado em 06 de janeiro de 2012.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. saúde coletiva**, vol. 5, n. 1, p. 187-92, 2000.

SILVA, Márcio Pereira et al. Programa multidisciplinar para promoção da saúde envolvendo atividade física supervisionada: ações do PAFIPNES na atenção à saúde de mulheres em uma Unidade Básica de

Saúde de São José do Rio Pardo-SP. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 16, n.3, p. 362-366, 2011.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 39-54, jan. 2008.

SIQUEIRA, Fernando Vinholi et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 203-213, jan. 2009.

SILVA, Leonardo; MATSUDO, Sandra; LOPES, Guiomar. Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Ativ. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 84- 88, 2011.

SILVEIRA, Denise Silva et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, set. 2010.

SOUSA, Maria de Fatima. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 153-8, mar./abri 2008.

SOUZA, Silvana Cardoso; LOCH, Mathias Roberto. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Rev Bras Ativ Fis Saude**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1079-97, dec 2010.

SZWARCWALD, Célia Landmann et al. Estimação da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos do Ministério da Saúde? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1725-1736, nov./dez. 2002.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; OLIVEIRA, Vanessa Elias. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saude Soc**, vol.16, n.1, p.7-17, jan./abril 2007.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, Sup 1, p. S193-S201, 2008.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1969-1980, mar. 2011.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, jun. 2011.

VICTORA, Cesar. Gomes et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: A hierarchical approach. **Int J Epidemiol**, vol. 26, pp. 224-27, fev. 1997.

VICTORA, Cesar Gomes et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, 2011. (Serie: Health Brasil 2)

WERMELINGER, Monica et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Divulg. Saúde debate**, v. 45, p. 54-70, maio 2010.

XAVIER, Jesuan; MACHADO, Katia. Equipes e Unidades de Saúde mais perto do cidadão. **RADIS**, v. 43, p. 8-12, jun. 2005.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Estruturada

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA / FLORIANÓPOLIS - 2011

NOME DO ENTREVISTADO: _____

NOME DO ENTREVISTADOR: _____

DATA:

_____/_____/_____

Bom Dia (Boa Tarde)! Meu nome é <...>, sou pesquisador (a) da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a Atuação do Profissional e Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o NASF. Gostaria de contar com a vossa colaboração para participar de uma entrevista telefônica com a duração aproximada de 20 a 25 minutos. (Verifique a disponibilidade do profissional, sendo necessário, agende uma outra data para a entrevista). Este questionário, não possui respostas certas ou erradas, para a realização do mesmo necessitamos que o Sr(a) responda as questões de forma objetiva. <Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – ver Manual do Entrevistador>. Caso aceite inicie a pesquisa, caso não finalize dizendo **Obrigado.**

AGORA INICIAREI A ENTREVISTA COM PERGUNTAS SOBRE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: ¹[] Masculino ²[] Feminino

2. Qual sua idade? ____ anos

3. Qual seu maior grau de titulação acadêmica? Caso a resposta seja PROVISIONADO, passe para o item CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS

¹[] Provisionado

⁵[] Mestrado acadêmico. ____

²[] Ensino Superior

⁶[] Mestrado profissional. ____

³[] Residência. _____

⁷[] Doutora _____

⁴[] Especialização. _____

⁸[] Pós-doutorado. _____

4. Em que ano você concluiu o curso de Graduação em Educação Física?
_____.

5. Em que tipo de instituição de ensino superior concluiu sua graduação?

¹[] IES Pública Federal

²[] IES Pública Estadual

³[] IES Privada

6. Qual sua habilitação profissional? *Caso o entrevistado informe que fez os dois cursos (Licenciatura e Bacharelado), assinalar na opção Bacharelado.*

¹[] **Licenciatura Plena** (atuação plena)

²[] **Licenciatura** (atuação na escola, ensino infantil, médio e fundamental)

³[] **Bacharelado**

CARACTERÍSTICAS INSTITUCIONAIS (*questões de UM a TRÊS serão preenchidas pelo entrevistador*)

1. Município onde atua: _____

2. Estado onde atua: _____

3. Região do país onde atua? ¹[] Norte ²[] Nordeste ³[] Centro-Oeste ⁴[] Sul ⁵[] Sudeste

4. Qual a modalidade de NASF que atua? ¹[] NASF 1 ²[] NASF 2 ³[] NASF Consórcio

5. Faz quanto tempo que trabalha neste NASF?

Anos e Meses

6. Qual o mês e/ou ano de implantação deste NASF?

De

7. Qual o seu vínculo empregatício?

¹[] **Não possui vínculo empregatício**

²[] **Regime Administrativo (REDA)** (*Concurso temporário com processo seletivo*)

³[] **Termo de Ajuste e Conduta (TAC)** (*Contrato temporário com a secretaria de Saúde*)

⁴[] **Servidor Público Efetivo**

⁵[] **Contrato Terceirizado** (*Contrato realizado com empresa terceirizada*)

⁶[] **Outro. Especifique:** _____

8. Além do NASF, você trabalha em outro local?

¹[] Não

²[] Sim, na mesma instituição. **Qual o local:** _____

³[] Sim, em outra instituição. **Qual o local:** _____

⁴[] Sim, como autônomo

9. Qual a carga horária semanal destina especificamente às atividades do NASF? _____ horas

10. Quantas Equipes de Saúde da Família (ESF) que você acompanha?

11. Quantas Unidades de Saúde da Família (USF) que você acompanha?

PROCESSO DE TRABALHO DO NASF

1. Foi realizada, pela secretaria municipal e/ou estadual de saúde, alguma atividade de acolhimento ou capacitação pedagógica para os profissionais selecionados para o NASF? *Caso a resposta seja NÃO ou NÃO SABE INFORMAR, passe para a questão 4.*

¹[] Sim, pela Secretaria Municipal ³[] Não

²[] Sim, pela Secretaria Estadual ⁴[] Não sabe informar

2. Cite que tipo de atividade foi desenvolvida:

¹[] Palestra

²[] Seminário

³[] Oficina

⁴[] Treinamento

⁵[] Outra. *Qual?* _____

3. Qual seu grau de satisfação com a(s) atividade(s) de acolhimento/capacitação pedagógica desenvolvida pela Gestão Municipal e/ou Estadual?

¹[] Estou Plenamente Satisfeito(a)

³[] Estou Parcialmente Insatisfeito(a)

²[] Estou Parcialmente Satisfeito(a)

⁴[] Estou Plenamente Insatisfeito(a)

4. No momento da sua contratação, foi informado sobre a proposta de trabalho?

¹[] Sim

²[] Não

5. Foram citadas na sua contratação quais seriam as principais atividades que desempenharia neste trabalho? Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 7.

¹[] Sim

²[] Não

6. Qual seu grau de satisfação com a informação disponibilizada na apresentação da proposta de trabalho?

¹[] Estou Plenamente Satisfeito(a)

³[] Estou Parcialmente Insatisfeito(a)

²[] Estou Parcialmente Satisfeito(a)

⁴[] Estou Plenamente Insatisfeito(a)

7. Você dispõe dos recursos materiais suficientes para a realização das atividades mínimas no NASF? Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 9.

¹[] Sim

²[] Não

8. Qual seu grau de satisfação com os recursos materiais disponibilizados para seu trabalho?

¹[] Estou Plenamente Satisfeito(a)

³[] Estou Parcialmente Insatisfeito(a)

²[] Estou Parcialmente Satisfeito(a)

⁴[] Estou Plenamente Insatisfeito(a)

9. Você dispõe de estrutura física suficiente para a realização das atividades mínimas no NASF? Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 11.

¹[] Sim

²[] Não

10. Qual seu grau de satisfação com a estrutura física disponibilizada para seu trabalho?

¹[] Estou Plenamente Satisfeito(a)

³[] Estou Parcialmente Insatisfeito(a)

²[] Estou Parcialmente Satisfeito(a)

⁴[] Estou Plenamente Insatisfeito(a)

11. Nos últimos 60 dias, o NASF realizou avaliações das atividades com as Equipes de Saúde da Família? Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 13. Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo, uma vez, ou cinco vezes

¹[] Sim. *Qual a frequência?* _____

²[] Não

12. De que forma foi realizada a avaliação?

¹[] Questionário

⁴[] Planilha de Atividade

²[] Reunião

⁵[] Outro. *Qual?*

³[] Quadro de Metas

13. A equipe do NASF realizou alguma avaliação das ações em conjunto com o Conselho Local de Saúde? Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 15. Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo, uma vez no mês ou no ano.

¹[] Sim. *Qual a frequência?* _____

²[] Não

14. De que forma foi realizada a avaliação? _____

Preencha o campo acima de forma objetiva, por exemplo, questionário, planilha de atividade, reunião, etc.

15. São realizadas avaliações das atividades do NASF pela gestão municipal de saúde? Caso a resposta seja **NÃO**, passe para a questão 17. Caso a resposta seja **SIM** e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: **por exemplo: uma vez no mês, ano ou semestre.**

¹[] Sim. *Qual a frequência?* _____ ²[] Não

16. De qual forma é realizada as avaliações?

¹[] Questionário ⁴[] Planilha de Atividade

²[] Reunião ⁵[] Outro. *Qual?*

³[] Quadro de Metas

17. O NASF definiu nos últimos 60 dias as atividades a serem realizadas em cada Unidade de Saúde da Família acompanhada? Caso a resposta seja **NÃO**, passe para o próximo Item **EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

¹[] Sim ²[] Não

18. A comunidade participa da priorização das atividades a serem desenvolvidas pelo NASF em cada território de atuação?

¹[] Sempre ²[] Quase sempre ³[] Nem sempre ⁴[] Nunca

AGRADEÇO SUA COLABORAÇÃO ATÉ AQUI E PEÇO, POR FAVOR, PARA CONTINUAR A ENTREVISTA. AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA / APOIO MATRICIAL

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Nos últimos 60 dias, você desenvolveu ou participou de alguma atividade em grupo para a comunidade dentro do espaço físico da Unidade de Saúde da Família?

¹[] Sim. *Qual a frequência?* _____ ²[] Não

2. Nos últimos 60 dias, foram desenvolvidas atividades em grupo para a comunidade fora da Unidade de Saúde da Família? Caso a resposta seja **NÃO**, passe a questão 4.

¹[] Sim. *Qual a frequência?* _____ ²[] Não

3. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três principais locais onde comumente são realizadas as atividades fora da Unidade de Saúde da Família: Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, praças, associações comunitários, escolas, ruas, academias públicas, centros de convivência, igrejas, etc.

1º _____

2º _____

3º _____

4. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, as três principais atividades realizadas, seja na Unidade de Saúde ou comunidade: Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo,

caminhada, ginástica localizada, palestras educativas, passeios, campanhas de saúde, etc.

1º _____

2º _____

3º _____

5. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três diferentes públicos-alvo nas atividades realizadas, seja na Unidade de Saúde ou comunidade: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, gestantes, hipertensos, idosos, crianças, adolescentes, homens, mulheres, pessoas com deficiência física, etc.*

1º _____

2º _____

3º _____

6. Cite até três principais temas que você abordou no(s) grupo(s) de Educação em Saúde, seja na Unidade de Saúde ou Comunidade?

1. _____

2. _____

3. _____

7. Foi desenvolvido pela equipe do NASF o Projeto de Saúde do Território em alguma Unidade de Saúde da Família? Ou seja, algum planejamento local articulada com a Saúde da Família e diferentes pessoas e serviços, a partir dos recursos disponíveis na comunidade. *Caso a resposta seja NÃO, passe para o próximo item (EDUCAÇÃO PERMANENTE).*

¹[] Sim.

²[] Não

7. Foi desenvolvido pela equipe do NASF o Projeto de Saúde do Território em alguma Unidade de Saúde da Família? Ou seja, algum planejamento local articulada com a Saúde da Família e diferentes pessoas e serviços, a partir dos recursos disponíveis na comunidade. *Caso a resposta seja NÃO, passe para o próximo item (EDUCAÇÃO PERMANENTE).*

¹[] Sim.

²[] Não

8. Em quantas Unidades de Saúde da Família foi desenvolvido um Projeto de Saúde do Território? Unidades

9. Quais os problemas priorizados no Projeto de Saúde do Território? *Registrar até cinco problemas.*

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Nos últimos 60 dias, foram desenvolvidas atividades de Educação Permanente (oficina, palestra, treinamento) com os profissionais da Unidade de Saúde da Família? *Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão para a questão*

4

¹[] Sim ²[] Não

2. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três diferentes tipos de atividades realizadas: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, oficina, palestra, estudo de caso, reunião, grupo de estudo, etc.*

1° _____

2° _____

3° _____

3. Descreva, em ordem crescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três diferentes temas principais abordados: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, Benefícios da Atividade Física Regular no Controle da Hipertensão, Participação Comunitária, etc.*

1° _____

2° _____

3° _____

4. O NASF realiza reuniões periódicas com as equipes de saúde da família para organizar e planejar as atividades de forma conjunta? *Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder a frequência, fale: por exemplo: quinzenalmente, uma vez na semana ou mês.*

¹[] Sim . *Qual a frequência?* _____ ²[] Não

5. A sua equipe do NASF realiza reuniões periódicas com todos os profissionais para organização e planejamento de suas atividades? *Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder a frequência, fale: por exemplo: quinzenalmente, uma vez na semana ou mês.*

¹[] Sim . *Qual a frequência?* _____ ²[] Não

CONTROLE SOCIAL

1. Existe Conselho Local de Saúde em alguma das Unidades de Saúde da Família onde trabalha?

¹[] Sim. *Em quantas Unidades?* _____ ²[] Não

2. Foram realizadas atividades de incentivo à formação do Conselho Local de Saúde? *Caso a resposta seja NÃO para a QUESTÃO 1, passe para o próximo item CLÍNICA AMPLIADA*

¹[] Sim. *Em quantas Unidades?* _____ ²[] Não

3. O NASF realizou atividades educativas e/ou informativas com os Conselheiros Locais de Saúde? *Caso a resposta seja NÃO passe para o próximo Item CLÍNICA AMPLIADA*

¹[] Sim ²[] Não

4. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três principais atividades realizadas no ou em parceria com o Conselho Local de Saúde: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, oficina, fórum, conferência, palestra, reunião, etc.*

1° _____

2° _____

3° _____

5. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três diferentes temas principais abordados: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, Apresentação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, O Papel do Conselheiro Local de Saúde, etc.*

1. _____
2. _____
3. _____

CLÍNICA AMPLIADA

1. Nos últimos 60 dias, você elaborou em conjunto com a Equipe de Saúde da Família, algum projeto terapêutico singular? *Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo: uma vez, sete vezes.*

¹[] Sim. *Quantas?* _____ ²[] Não

2. Nos últimos 60 dias, você desenvolveu atividades de Interconsulta, como por exemplo, visita domiciliar ou consulta compartilhada, em alguma Unidade de Saúde da Família onde atua? *Caso a resposta seja NÃO, agradeça e encerre a entrevista solicitando o email de contato.*

¹[] Sim ²[] Não

3. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três principais modalidades ou atividades de interconsulta: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, consulta individual, encaminhamento, discussão de caso, etc.*

- 1° _____
- 2° _____
- 3° _____

4. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três mais frequentes problemas de saúde que solicitam sua intervenção: *Preencha o campo abaixo de forma objetiva, como por exemplo, hipertensão, obesidade, reabilitação, saúde mental, etc.*

- 1° _____
- 2° _____
- 3° _____

5. Quais os profissionais que participam de forma conjunta com o profissional de Educação Física das atividades de interconsulta? *Registrar até cinco profissionais.*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

MUITO OBRIGADA!

EMAIL DE CONTATO: _____

APÊNDICE B – Manual do Entrevistador

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE DESPORTOS – CDS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA - PPGEF

MANUAL DO ENTREVISTADOR

**IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA
E A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA**

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Nome do Entrevistador: _____

Telefone do Entrevistador: _____

Nome do Supervisor: _____

Telefone do Supervisor: _____

Universidade Federal de Santa Catarina
Núcleo de Cineantropometria e Desempenho Humano
Telefone de contato: (48) 3721-8562
E-mail do Coordenador: sueyla.silva@bol.com.br

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	3
1.1 O ENTREVISTADOR E O SEU MATERIAL DE TRABALHO	4
2. Utilização do SKYPE	5
3. Iniciando a Entrevista	6
4. ROTEIRO DE ENTREVISTA	9
BLOCO1 - INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS.....	9
BLOCO 2 - INDICADORES INSTITUCIONAIS	9
BLOCO 3 - PROCESSO DE TRABALHO	10
BLOCO 4 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE	12
BLOCO 5 - EDUCAÇÃO PERMANENTE	13
BLOCO 6 - CONTROLE SOCIAL	14
BLOCO 7 – CLÍNICA AMPLIADA	14
5. Instruções para encerrar a Entrevista	15

1. APRESENTAÇÃO

A Portaria GM/MS nº 154 (BRASIL, 2008), que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), atende ao cumprimento de reivindicações realizadas pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que a partir de sua rotina de trabalho, identificaram a necessidade de inserção de áreas co-relatas as atividades proposta para a Atenção Básica. De acordo ao Artigo 2, inciso 1º da referida Portaria, o NASF não se constitui como porta de entrada do sistema, assumindo papel de apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF) no planejamento, execução e avaliação de ações de promoção, prevenção e cuidado a saúde da população, enfatizando a responsabilidade compartilhada pelo território adstrito.

Entende que para a concretização da proposta faz-se necessário o constante debate, avaliação, monitoramento, visando à melhor compreensão dos profissionais de saúde em relação à proposta e ao seu caráter fundamental na mudança do modelo assistência de cuidado a saúde da população brasileira.

O presente estudo visa Analisar a abrangência do NASF no Brasil e o processo de trabalho dos profissionais de Educação Física, baseado nas abordagens de atuação previstas na Portaria GM/MS nº 154. Por meio da compreensão desta realidade, torna-se viável contribuir de forma responsável e pró-ativa no desenvolvimento desta iniciativa.

1.1 O ENTREVISTADOR E O SEU MATERIAL DE TRABALHO

O material de trabalho a ser utilizado pela equipe de campo será fornecido pela coordenação da pesquisa e conta com os seguintes itens:

1. Manual do Entrevistador - o seu uso é obrigatório quando o entrevistador no momento da entrevista, pois contém as instruções para orientar a realização do trabalho.

2. Folha de Resposta - a cada pessoa entrevistada é necessário que seja preenchida a Folha de Resposta.

3. Computador - as entrevistas serão realizadas pelo sistema Skype, devidamente instalado nos computadores disponíveis para a pesquisa.

4. Agenda - disponibilizada para possíveis (re)agendamentos das entrevistas.

5. Caneta Esferográfica Cor Azul, lápis e borracha - TODOS os avaliadores são responsáveis pela verificação e organização do material a ser utilizado durante as coletas.

LEMBRE-SE ANTES DE IR PARA A COLETA DE DADOS:

CERTIFIQUE-SE QUE O MATERIAL DE TRABALHO ESTÁ COMPLETO E EM BOAS CONDIÇÕES DE USO.

TODOS DEVERÃO ESTAR APTOS A APLICAR QUALQUER PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS.

ORGANIZAÇÃO É FUNDAMENTAL PARA O SUCESSO DA PESQUISA!

2. Utilização do Sistema *Skype*

O Programa *Skype* tem a finalidade de realizar chamadas telefônicas (fixo, móvel e *skype*), chamadas de vídeo e comunicação via mensagem. O presente estudo utilizará o recurso de chamada telefônica, e para efetuação deste procedimento, devem-se seguir os seguintes passos:

1º) Acessar o *skype*, conectando-se com o *login* e a senha que será disponibilizado pelo supervisor.

2º) Iniciar a discagem do contato, clicando no item *Call Phones* ou Ligar

3º) Abrirá uma janela com uma imagem semelhante ao do teclado de telefone, onde será discado o número que deseja ligar (0+DDD + Número fixo). Após discar o número clique em *Call/ Ligar*

4º) Finalize a chamada clicando na tecla vermelha, logo abaixo da identificação do contato.

5º) Ao encerrar a chamada, salve o número clicando na tecla *SAVE/ SALVAR*, onde abrirá uma nova pagina com o número discado, e ao lado terá um espaço para você nomear o contato, coloque o Nome do município e o número da cidade (esta informação constará na lista de telefone que será entregue aos entrevistadores pelo supervisor.)

3. Iniciando a Entrevista

1. Apresentar-se ao Coordenador da Unidade de Saúde da Família qual o profissional do NASF está Cadastrado dessa forma: **Bom Dia (Boa Tarde), meu nome é <...>, sou pesquisador(a) da Universidade Federal de Santa Catarina. Gostaria de conversar com o profissional de Educação Física <...> que atua no NASF nesta Unidade.**

Caso o profissional esteja presente será seguido o passo 2, porém se o mesmo não estiver, será solicitado que o coordenador informe outro telefone de contato do mesmo, ou um dia em que ele estará na Unidade: **O(a) Sr.(a) poderia me ceder um telefone de contato qual possa entrar em contato com ele(a)?** Caso ele não tenha outro numero que possa disponibilizar: **Saberia me informar que dia e horário ele estará presente nesta Unidade de Saúde.**

2. Em contato com o profissional de Educação Física do NASF, no primeiro momento você se apresentará: **Bom Dia (Boa Tarde)! Meu nome é <...>, sou pesquisador (a) da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a Atuação do Profissional e Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o NASF. Gostaria de contar com a vossa colaboração para participar de uma entrevista telefônica com a duração aproximada de 20 a 25 minutos.**
3. Caso o participante tenha dúvidas esta é a oportunidade para realizar maiores esclarecimentos: **Esta pesquisa foi aprovada pelo Ministério da Saúde, Departamento da Atenção Básica e todas informações prestadas serão de caráter confidencial e somente os pesquisadores envolvidos farão o manuseio do material.**
4. Caso você perceba alguma dificuldade ou desconfiança do entrevistado ofereça a possibilidade de contato telefônico com a

coordenação da pesquisa na UFSC. Tenha sempre em mãos o telefone de contato da sua supervisora: (48) 3721-8562.

5. Caso refira não dispor de tempo neste dia, solicite que o profissional agende uma data e horário, e tais informações serão registradas na agenda de cada entrevistado (data, horário, nome, cidade): **Nós podemos agendar outra data para a entrevista? Poderia me informar o melhor dia e horário para conversarmos?**
6. Caso o entrevistado prossiga, será feita então a leitura do termo de Consentimento e em seguida solicite que o profissional profira a palavra “ACEITO”, caso tenha interesse em participar da pesquisa ou “NÃO TENHO INTERESSE”, caso não tenha interesse em colaborar com o estudo:

Agora farei a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao final solicitarei o Sr. (a) declare verbalmente que aceita participar da pesquisa:

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto “Atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família” que tem o objetivo de conhecer a dinâmica de trabalho dos profissionais de Educação Física do NASF.

Para sua participação voluntária na pesquisa, o senhor (a) deverá apenas responder as questões que constará de informações sobre condições de trabalho e atividades que desenvolve. Sendo assim, tais procedimentos não causarão desconfortos, nem muito tempo ou grandes riscos à sua saúde.

Todas as informações coletadas serão utilizadas para produção e divulgação dos resultados em meios científicos e para a comunidade da UFSC, com exceção dos dados de identificação e outros confidenciais, que serão mantidos no mais absoluto sigilo, de forma a garantir a sua privacidade. Se, por ventura, o senhor (a) sofrer algum prejuízo físico ou moral por causa do estudo, informo que a pesquisadora principal se responsabilizará em indenizá-lo (a).

Se o senhor (a) optar por não participar da pesquisa, basta responder verbalmente da seguinte forma: NÃO TENHO

INTERESSE. Sua recusa não implicará em qualquer tipo de penalidade por parte da instituição.

Por outro lado, se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que responda verbalmente da seguinte forma: **ACEITO PARTICIPAR**, para que assim possa dar continuidade à entrevista.

Desde já, expressamos nossos sinceros agradecimentos por sua participação.

7. **Recusa:** Não desista, tente argumentar a importância da pesquisa, que é realizada por uma instituição séria, a UFSC, e que a colaboração de todos é muito importante. **Esta pesquisa será de importante relevância para a Educação Física e sua consolidação na Saúde Pública, a sua participação será fundamental para nosso estudo. O questionário consta de perguntas simples, como por exemplo, as atividades que você realiza e população acompanhada.** Caso ainda não aceite participar, finalize: **Nós agradecemos a atenção, obrigado (a).**
8. **Aceitação:** Se o profissional aceitar participar da pesquisa será seguindo os procedimentos de entrevista que constam no instrumento (**Versão impressa do questionário**);
9. Caso não encontre o entrevistado, não desista antes de terem sido realizadas **cinco** ligações em dias diferentes e alternados. Informe a seu supervisor quando alcançar o número limite de ligação.

CUIDADOS IMPORTANTES DURANTE A ENTREVISTA

- ✓ Tratar o entrevistado com cordialidade e educação;
- ✓ Use o bom senso: trate o(a) entrevistado(a) por senhor(senhora);
- ✓ Direcionar o assunto da entrevista apenas a coleta de dados, evitando assuntos alheios; não faça comentários sobre aspectos pessoais e assuntos polêmicos.
- ✓ Seguir rigorosamente as informações do manual;
- ✓ Ler integral e pausadamente todos os enunciados em **NEGRITO**;

- ✓ Fazer todas as perguntas e registrar todas as respostas; Não deixe nenhuma pergunta sem resposta.

ATENÇÃO

Se cada entrevistado formular as perguntas com suas próprias palavras a pesquisa corre o risco de ter informações incorretas.

Mesmo que o entrevistador suponha saber a resposta que será dada para a pergunta, o mesmo não poderá dar a resposta pelo entrevistado;

ENCERRAR ENTREVISTA

- ✓ Informe ao entrevistado que pode haver um novo contato para confirmação dos dados e anote o email do entrevistado (ou da instituição vinculada ou de alguém do seu convívio, caso ele não tenha email) para que possamos oferecer um retorno da pesquisa quando concluída.
- ✓ Agradecer a colaboração do entrevistado.

4. ROTEIRO DE ENTREVISTA

A entrevista é formado por 7 blocos de perguntas, referentes as características sociodemográficas, institucionais e as atividades do profissional do NASF. Para aplicação do instrumento devem estar atento as seguintes identificações:

Termos em **NEGRITO** - Devem ser lidos para o entrevistado

Termos em *ITÁLICO* – São informações que servirão para orientar o entrevistador e não devem ser lidas ao entrevistado.

Termos em **NEGRITO** e *ITÁLICO* – São informação que devem ser lida caso o entrevistado responda SIM para a questão que está sendo interrogado.

QUESTÕES DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

BLOCO 1 - INDICADORES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. **Sexo:** Observe o sexo (de acordo com o nome e a voz) e anote. Só pergunte caso, realmente tenha dúvidas.
2. **Qual sua idade:** anotar anos completos até a data da entrevista
3. **Qual seu maior grau de titulação acadêmica:** Aguardar a resposta do entrevistado e assinalar a opção correspondente. Caso o entrevistado tenha dúvida sobre a pergunta, cite como exemplo as opções 2, 3 e 4. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja Provisionado, passe para o item Indicadores Institucionais*”, a mesma não devera ser lida para o entrevistado, servirá apenas para orientar o entrevistador.
4. **Em que ano você concluiu o curso de Graduação em Educação Física:** Anotar o ano de conclusão, não necessariamente o ano de emissão do diploma, ou referente à colação de grau.
5. **Em que tipo de instituição de ensino superior concluiu sua graduação?** Cite as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente.

6. Qual sua habilitação profissional? Cite as opções ao entrevistado, assinale a opção correspondente. Caso ele cite Licenciatura Plena ou Licenciatura, destaque que a Licenciatura plena referente ao currículo integrado, ou seja, Licenciatura e Bacharelado e a Licenciatura é a formação destinada à atuação no ensino infantil, médio e fundamental.

BLOCO 2 - INDICADORES INSTITUCIONAIS

1. Município onde atua: A informação deverá ser preenchida pelo entrevistador (letra de forma).

2. Estado onde atua: A informação deverá ser preenchida pelo entrevistador (letra de forma).

3. Região do país onde atua: Marque o número correspondente a região do Estado em que o entrevistado trabalha.

4. Qual a modalidade de NASF que você atua: Cite as opções ao entrevistado, assinale a opção correspondente.

5. Faz quanto tempo que trabalha neste NASF: Anotar anos e meses completos.

6. Qual o mês e/ou ano de implantação deste NASF: Anotar a data em mês e ano.

7. Qual o seu vínculo empregatício? Citar as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente. Observe as considerações ao lado de cada opção de resposta

8. Além do NASF, você trabalha em outro local? Aguarde a opção do entrevistado e assinale a opção correspondente. Caso respondam o item 2 “Sim, na mesma instituição” ou 3 “Sim em outra instituição”, pergunte o local ou setor que ele (a) trabalha.

9. Qual a carga horária semanal destina especificamente às atividades do NASF? Anotar em horas completas.

10. Quantas Equipes de Saúde da Família (ESF) que você acompanha? Anotar o número correspondente a resposta do entrevistado.

11. Quantas Unidades de Saúde da Família (USF) que você acompanha? Anotar o número correspondente a resposta do entrevistado.

BLOCO 3 - PROCESSO DE TRABALHO

1. Foi realizada, pela secretaria municipal ou estadual de saúde, alguma atividade de acolhimento ou capacitação pedagógica para os profissionais selecionados para o NASF? Aguardar a resposta do entrevistado e assinalar a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja NÃO ou NÃO SABE INFORMAR, passe para a questão 4*”, a mesma não deveria ser lida para o entrevistado, servirá apenas para orientar o entrevistador. Caso a pessoa cite que foi realizada por duas instâncias diferentes, deve-se perguntar “**qual destas teve a iniciativa ou promoveu a ação**” e marcar a opção correspondente.

2. Cite que tipo de atividade foi desenvolvida: Aguardar a resposta do entrevistado, caso ele demora mais que 5 segundos para responder, cite as opções abaixo da seguinte forma: por exemplo, palestra, seminário, oficina, treinamento. Anote a opção referente à resposta do entrevistado, para a opção de resposta “Outra”, escreva integralmente o que foi falado, em letra de forma.

3. Qual seu grau de satisfação com a(s) atividade(s) de acolhimento/capacitação pedagógica desenvolvida pela Gestão Municipal e/ou Estadual? Cite as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente.

4. No momento da sua contratação, foi informado sobre a proposta de trabalho? Aguarde a resposta do entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 7*”.

5. Foram citadas na sua contratação quais seriam as principais atividades que desempenharia neste trabalho? Cite as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente.

6. Qual seu grau de satisfação com a informação disponibilizada na apresentação da proposta de trabalho? Cite as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente.

7. Você dispõe dos recursos materiais suficientes para a realização das atividades mínimas no NASF? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 9*”.

8. Qual seu grau de satisfação com os recursos materiais disponibilizados para seu trabalho? Cite as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente.

9. Você dispõe de estrutura física suficiente para a realização das atividades mínimas no NASF? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 11*”.

10. Qual seu grau de satisfação com a estrutura física disponibilizada para seu trabalho? Cite as opções ao entrevistado e assinale a opção correspondente.

11. Nos últimos 60 dias, o NASF realizou avaliações das atividades com as Equipes de Saúde da Família? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 14. Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo, uma vez, ou cinco vezes*”.

12. Cite de forma objetiva até três, a(s) atividade(s) realizada(s)? Registre integralmente as informações transmitidas pelo entrevistado

13. A equipe do NASF realizou alguma avaliação das ações em conjunto com o Conselho Local de Saúde? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário “*Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 17. Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo, uma vez no mês ou no ano*”.

14. Cite de forma objetiva, no máximo cinco, atividade(s) realizada(s) com o Conselho Local de Saúde? Registre integralmente as informações transmitidas pelo entrevistado.

15. São realizadas avaliações das atividades do NASF pela gestão municipal de saúde? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário *Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 21. “Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo: uma vez no mês, ano ou semestre*”.

16. De qual forma é realizada as avaliações? Registre integralmente as informações transmitidas pelo entrevistado.

17. O NASF definiu nos últimos 60 dias as atividades a serem realizadas em cada USF acompanhada? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente. Prestar atenção na observação que consta no questionário *Caso a resposta seja NÃO, passe para o próximo item EDUCAÇÃO E SAÚDE.*

18. A comunidade participa da priorização das atividades a serem desenvolvidas pelo NASF em cada território de atuação? Cite as opções e assinale a correspondente a resposta do entrevistado.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA / APOIO MATRICIAL

BLOCO 4 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Nos últimos 60 dias, você desenvolveu ou participou de alguma atividade em grupo para a comunidade dentro do espaço físico da Unidade de Saúde da Família? Aguarde a resposta do entrevistado e marque a opção correspondente. Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 4, caso seja SIM pergunte: Quantas atividades em grupo foram feitas na unidade nos últimos 60 dias?

2. Nos últimos 60 dias, foram desenvolvidas atividades em grupo para a comunidade fora da Unidade de Saúde da Família? Aguarde a resposta do entrevistado e marque a opção correspondente. Caso a resposta seja NÃO, passe para a questão 9, caso seja SIM pergunte: Quantas atividades em grupo foram feitas na comunidade nos últimos 60 dias?

3. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três principais locais onde comumente são realizadas as atividades fora da Unidade de Saúde da Família: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

4. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, as três principais atividades realizadas, seja na Unidade de Saúde ou Comunidade: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

5. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três diferentes públicos-alvo nas atividades realizadas, seja na Unidade de Saúde ou Comunidade: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

6. Cite até três principais temas que você abordou no(s) grupo(s) de Educação em Saúde, seja na Unidade de Saúde ou Comunidade? Registre integralmente as informações transmitidas pelo entrevistado.

7. Foi desenvolvido pela equipe do NASF o Projeto de Saúde do Território em alguma Unidade de Saúde da Família? Ou seja, algum planejamento local articulada com a Saúde da Família e diferentes pessoas e serviços, a partir dos recursos disponíveis na comunidade. Cite as opções SIM e NÃO, caso a resposta seja NÃO passe para o item

8. Em quantas Unidades de Saúde da Família foi desenvolvido um Projeto de Saúde do Território? Registre integralmente as informações transmitidas pelo entrevistado.

9. Quais os problemas priorizados no Projeto de Saúde do Território? Cite até cinco problemas. Registre integralmente as informações transmitidas pelo entrevistado.

BLOCO 5 - EDUCAÇÃO PERMANENTE

1. Nos últimos 60 dias, foram desenvolvidas atividades de Educação Permanente (oficina, palestra, treinamento) com os profissionais da Unidade de Saúde da Família? Aguarde a resposta do entrevistado e assinale a opção correspondente, caso a resposta seja NÃO passe para a questão 4.

2. Descreva, em ordem decrescente de importância, até três diferentes tipos atividades realizadas: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

3. Descreva, em ordem decrescente de importância, até três diferentes temas principais abordados: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

4. O NASF realiza reuniões com as equipes de saúde da família para organizar e planejar as atividades de forma conjunta? Aguardar a resposta do entrevistado. Preste atenção na observação que consta no questionário *“Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo: quinzenalmente, uma vez na semana ou mês”*.

5. A sua equipe do NASF realiza reuniões periódicas com todos os profissionais para organização e planejamento de suas atividades? Aguardar a resposta do entrevistado. Preste atenção na observação que consta no questionário *“Caso a resposta seja SIM e o entrevistado tiver dúvidas ou demore em responder, fale: por exemplo: quinzenalmente, uma vez na semana ou mês”*.

BLOCO 6 - CONTROLE SOCIAL

1. Existe Conselho Local de Saúde em alguma das Unidades de Saúde da Família onde trabalha? Aguarde a resposta do entrevistado e assinale a opção correspondente, caso a resposta seja SIM pergunte: Em quantas unidades de Saúde da Família? Registre ao lado desta opção de resposta o numero descrito pelo entrevistado.

2. Foram realizadas atividades de incentivo à formação do Conselho Local de Saúde? Aguarde a resposta do entrevistado e assinale a opção correspondente, caso a resposta seja NÃO, passe para o próximo item CLÍNICA AMPLIADA. Caso a resposta seja SIM pergunte: Em quantas unidades de Saúde da Família? Registre ao lado desta opção de resposta o numero descrito pelo entrevistado.

3. O NASF realizou atividades educativas ou informativas com os Conselheiros Locais de Saúde? Aguarde a resposta e marque a alternativa correspondente a resposta do entrevistado.

4. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três principais atividades realizadas no ou em parceria com o Conselho Local de Saúde: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

5. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três diferentes temas principais abordados: Aguarde a

resposta do entrevistado e indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

BLOCO 7 – CLÍNICA AMPLIADA

1. Nos últimos 60 dias você elaborou em conjunto com a equipe de saúde da família, algum projeto terapêutico singular? Aguarde a resposta do Entrevistado e assinale a opção correspondente, caso a resposta seja SIM pergunte: Quantos projetos terapêuticos foram realizados nos últimos 60 dias?

2. Nos últimos 60 dias, você desenvolveu atividades de Interconsulta, como por exemplo, visita domiciliar, consulta compartilhada, em alguma Unidade e Saúde da Família que acompanha? Aguarde a resposta do entrevistado e assinale a opção correspondente, caso a resposta seja NÃO agradeça ao entrevistado e encerre a entrevista

3. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três principais modalidades ou atividades de interconsulta: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

4. Descreva, em ordem decrescente de importância, ou seja, do maior para o menor, até três mais frequentes problemas de saúde que solicitam sua intervenção: Registre integralmente a resposta, conforme a informação transmitida pelo entrevistado. Indique com o número (1º, 2º e 3º) a ordem das respostas.

5. Quais os profissionais que participam de forma conjunta com o profissional de Educação Física das atividades de interconsulta? Registre integralmente a resposta dadas pelo entrevistado nas questões 2 a 4. Lembre-se de não ultrapassar o número de cinco profissionais.

5. Instruções para Encerrar a Entrevista

Sempre verificar se todas as questões da entrevista foram preenchidas corretamente e AGRADECER pela disponibilidade e atenção do profissional.

TERMINEI A ENTREVISTA: NOSSO TRABALHO É SUPERVISIONADO PELA UNIVERSIDADE, ASSIM, PODE SER QUE OUTRO PESQUISADOR ENTRE EM CONTATO COM O (A) SR. (A) PARA CONFIRMAR APENAS ALGUNS DADOS. AGRADEÇO A SUA PARTICIPAÇÃO, COLABORAÇÃO E PACIÊNCIA. ENVIAREMOS OS PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA QUANDO CONCLUÍDA.

**PODERIA NOS PASSAR SEU EMAIL? _____
(LETRA DE FORMA)**

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar do projeto *“Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Brasil e a Inserção do Profissional de Educação Física”* que tem o objetivo de conhecer a dinâmica de trabalho dos profissionais de Educação Física do NASF. Tal estudo tem a finalidade de contribuir de forma responsável e pró-ativa no desenvolvimento desta iniciativa, assim como colaborar na produção de conhecimento no âmbito das políticas públicas de promoção da saúde.

Para sua participação voluntária na pesquisa, o senhor (a) deverá apenas responder as questões que constarão de informações sobre condições socioeconômicas, institucionais; condições de trabalho; as atividades desenvolvidas pelo profissional de Educação Física. Sendo assim, tais procedimentos não causarão desconfortos, nem muito tempo (25 a 30 minutos) ou grandes riscos à sua saúde.

Todas as informações coletadas serão utilizadas para produção e divulgação dos resultados em meios científicos e para a comunidade da UFSC, com exceção dos dados de identificação e outros confidenciais, que serão mantidos no mais absoluto sigilo, de forma a garantir a sua privacidade. Se, por ventura, o senhor (a) sofrer algum prejuízo físico ou moral por causa do estudo, informo que a pesquisadora responsável se responsabilizará em indenizá-lo (a). Mas, se mesmo assim, o senhor (a) optar por não participar da pesquisa, basta responder verbalmente da seguinte forma: NÃO TENHO INTERESSE. Sua recusa não implicará em qualquer tipo de penalidade por parte da instituição.

Por outro lado, se está claro para o senhor (a) a finalidade desta pesquisa e se concorda em participar, peço que responda verbalmente da seguinte forma: ACEITO PARTICIPAR DA PESQUISA, para que assim possa dar continuidade à entrevista.

Desde já, expresso meus sinceros agradecimentos por sua participação. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos e dúvidas através do telefone (48) 3721-8562/6342 e/ou sueyla.silva@bol.col.br, em contato da pesquisadora responsável, Sueyla Ferreira da Silva dos Santos.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 917

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 917

FR: 357337

TÍTULO: Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a Inserção do Profissional de Educação Física

AUTOR: Tania Bertoldo Benedetti, Sueyla Ferreira da Silva dos Santos

FLORIANÓPOLIS, 30 de Agosto de 2010.