

Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física

Deployment Scenario the Support Nucleus Familys's Healthy and the insertion of Professional Physical Education

Sueyla F. da Silva dos Santos
Tânia R. Bertoldo Benedetti

Universidade Federal de Santa Catarina
- UFSC/ Centro de desportos - CDS/
Programa de Pós-graduação em
Educação Física - PPGEF/ Núcleo de
Cineantropometria e Desempenho
Humano – NuCiDH. Florianópolis, SC,
Brasil.

Resumo

Objetivou-se caracterizar a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e analisar a inserção do Profissional de Educação Física, no Brasil. Trata-se de um estudo descritivo com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do cadastro das equipes de NASF, disponibilizado pelo Departamento da Atenção Básica. As variáveis selecionadas foram população do Brasil em 2010, população coberta pela saúde da família (SF), número de profissionais, equipes de SF e NASF. Foram adaptados indicadores de Teto de Implantação e Potencial de Expansão (PE) para verificar a implantação do NASF. A inserção do profissional de Educação Física, foi analisada pela proporção de profissionais de Educação Física em relação ao NASF e o número de Profissionais de Educação Física por população coberta pela SF, multiplicado pela constante 100.000. O teste *Anova one way*, com *Post-Hoc* de *Tukey* foi aplicado, pelo programa SPSS, versão 15.0, adotando significância de 5%. Os resultados apontam baixa adesão e elevado PE do NASF nos municípios, a maioria destes implantaram uma equipe de NASF. As cinco categorias mais recrutadas foram Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Educação Física. Houve diferença na média de profissionais, sobretudo nas regiões Norte e Sudeste. A Educação Física está inserida em 49,2% das equipes de NASF, contudo o coeficiente de profissional por população coberta pela SF foi aproximadamente 1 para 100.000 pessoas. Nota-se a necessidade de investimento político e acadêmico para definição de estratégias coletivas que contribuam para a consolidação do NASF e integração do profissional de Educação Física na rede de assistência pública em saúde.

Palavras-chave: Saúde da família; Educação física; Políticas públicas.

Abstract

The purpose was to characterize the implementation of the Support Nucleus Familys's Healthy (NASF) and analyze the insertion of Physical Education Professional in Brazil. This is a descriptive study based on secondary data from the Department of Health System and NASF teams registration, provided by the Department of Primary Care. The variables selected were: population from Brazil in 2010, the population covered by the Family Health Program (FH), number of professional teams of FH and NASF. Indicators were adapted of maximum implantation and expansion potential (EP) to verify the implantation of NASF. Inclusion of Physical Education Professional in NASF was assessed by the proportion of Physical Education Professional in relation to NASF and to the number of Physical Education Professional per population covered by the FH. Was applied the ANOVA one way whit Tukey post-hoc test, using SPSS, version 15.0, adopting a 5% significance. Results showed low adherence and high EP in the counties of NASF, most of these have deployed one NASF team. The five professions more recruited were: Physiotherapy, Psychology, Nutrition, Social Service and Physical Education. Differences were observed in average number of professional, especially in North and South regions. Physical Education is inserted in 49.2% of NASF teams, however the coefficient of population covered by professional for FH was approximately 1 per 100.000 people. It can be pointed the need for investment to political and academic definition of collective strategies to help to strengthen NASF.

Keywords: Family health; Physical education; Public policies.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Sueyla Ferreira da Silva dos Santos
Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Desportos
Campus Universitário
Caixa Postal nº 476
88025-300
Florianópolis – SC
e-mail: sueylaf.silva@gmail.com

- Recebido: 01/01/2012
- Re-submissão: 10/03/2012
- Aceito: 14/03/2012

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil são regulamentadas segundo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Por sua vez, o mesmo apresenta como eixo norteador do sistema a Atenção Primária em Saúde (APS) que tem sido consolidada, por meio da Estratégia de Saúde da Família.

Este modelo de atenção visa intervir nos determinantes sociais de saúde, a partir de ações para prevenção de doenças e promoção da saúde. A assistência oferecida na APS foi ampliada com a criação de equipes de matriciamento, as academias da saúde e equipes de saúde para populações específicas, como pessoas em situação de rua e comunidades ribeirinhas¹.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado para fortalecer a Estratégia de Saúde da Família, tem como referência a lógica de trabalho do Apoio Matricial (AM)^{2,3}. A equipe é composta por profissionais de diferentes especialidades em saúde e suas ações pautam-se na troca de saberes, por meio das práticas de suporte técnico e pedagógico às equipes de referência de uma população definida.

Considerando a Portaria nº 154/08², duas modalidades de NASF podem ser implantadas, o NASF 1, que acompanha de oito a 20 equipes de saúde da família (ESF), exceto nos municípios da região Norte com menos de 100.000 habitantes, onde o mínimo preconizado são cinco equipes; e o NASF 2, habilitado para municípios com densidade populacional inferior a 10 habitantes/km², acompanhando, no mínimo, três ESF.

O profissional de Educação Física, está entre as categorias profissionais que podem compor o NASF. A relevância desta profissão na saúde e os benefícios advindos da prática regular de atividade física foram constantemente divulgados e reconhecidos entre as estratégias de promoção da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)^{2,4,5}. Portanto, o NASF surge como um promissor campo de atuação da Educação Física na saúde pública, tendo em vista a expectativa de crescimento de 404% nos próximos anos⁶.

O conhecimento da abrangência do NASF e a inserção do profissional de Educação Física permitem identificar as potencialidades e necessidades de mudança para garantia do progresso, e futuramente, do impacto de seus resultados no quadro de saúde da população. Neste estudo são apontados propostas de indicadores para monitoramento do NASF, visando o aprimoramento destes em futuras investigações. Esta afirmativa se faz coerente, uma vez que para práticas avaliativas, a padronização de indicadores é fundamental para garantir a qualidade das inferências sobre o objeto de estudo investigado⁷.

Sendo assim, a política de saúde assume um papel fundamental na reorientação dos cuidados na APS. Isto ratifica a importância em conhecer e acompanhar seu desenvolvimento de modo que a sociedade acadêmica e política reavaliem o grau de investimento dispensado para a concretização desta proposta, bem como as mudanças necessárias na qualificação da gestão e dos recursos humanos para o SUS. Portanto, o objetivo deste estudo foi caracterizar a implantação do NASF e a inserção do profissional de Educação Física no Brasil, tendo como referência o mês de janeiro de 2011.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo de abordagem quantitativa, utilizando-se de dados secundários do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)/ Ministério da Saúde (MS)⁸, em específico no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), referente ao mês de janeiro de 2011. As variáveis

selecionadas foram o número de equipes de saúde da família, o número de equipes de NASF e a população em 2010 pelo censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por município.

Informações sobre o monitoramento de recursos humanos credenciados às equipes de NASF, cadastrados no CNES no mês de janeiro de 2011, foram solicitadas ao Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS. Foi identificado neste documento o número de profissionais de cada categoria profissional que compõem o NASF, por Unidade da Federação (UF).

As categorias profissionais do NASF analisadas neste estudo foram: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional¹. A maioria das profissões assume carga horária de 40 horas semanais, exceto os profissionais médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais¹. Vale ressaltar que as categorias profissionais do NASF foram ampliadas e a carga horária de 20 horas semanal estendida para todas as profissões da equipe do NASF, após a publicação da nova Política Nacional da Atenção Básica (PNAB/2011)¹. Contudo, esta alteração não se aplica, tendo em vista que a publicação deste documento foi posterior à coleta de dados do presente estudo.

Para caracterização da implantação do NASF foram utilizados indicadores de Teto de Implantação (TI) e Potencial de Expansão (PE), adaptados ao utilizado para a ESF^{9,10}. O TI do NASF corresponde ao máximo de equipes de NASF que podem 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 TI de NASF, pela razão entre o número de ESF implantadas e o mínimo de ESF preconizado para cada NASF (n=8), sendo então o PE a diferença entre o TI 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 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 habitantes⁹. 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 Família¹⁰, este resultado foi multiplicado pela constante de 100.000 habitantes.

Aplicou-se o teste ANOVA *on way*, com *pos-hoc* de Tukey, para identificar a diferença nas médias de número de NASF, para cada modalidade; e dos profissionais, por categoria, entre as regiões do Brasil. O teste de comparação entre médias também foi aplicada para a variável referente ao número de NASF por estado. Este resultado foi ponderado pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.

Foi utilizado o pacote estatístico SPSS, versão 15.0 para Windows e adotado o nível e significância de 5%. Foram confeccionados mapas relativos à caracterização da abrangência do NASF e inserção da Educação Física no Brasil por meio do aplicativo Tab para Windows (TABWIM) 32, versão beta, disponível gratuitamente pelo DATASUS/MS.

RESULTADOS

Em janeiro de 2011, havia 1.377 equipes de NASF creden-

ciadas em todo o Brasil. Na Figura 1, ao observar o número de NASF, nota-se que a implantação do NASF não havia ocorrido na maioria dos municípios. Entre os que implantaram, a maior parcela dispôs de apenas uma equipe, havendo apenas sete com 10 equipes ou mais, entre eles o município de São Paulo, onde foram credenciados 51 equipes de NASF até janeiro de 2011.

As informações sobre o TI e PE, apresentam a projeção da possibilidade de crescimento do NASF, tendo como referência o número de ESF credenciadas em janeiro de 2011. O NASF apresentou grande PE, pois quase a totalidade dos municípios obteve um valor superior à zero (Figura 1). A maioria dos municípios comporta apenas uma equipe de NASF, conforme pode ser observado na Figura 1, mapa A. Comparando os resultados nos mapas B e C (Figura 1), nota-se que a expansão do NASF está aquém do seu potencial de crescimento, com destaque aos municípios de maior porte populacional que mantiveram um baixo número (≤ 1) de NASF implantados.

A média de NASF por estado na região Norte foi inferior à região Sudeste e quando ponderada para a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família observou-se diferenças estatísticas para as regiões Nordeste, Sudeste e Sul (Tabela 1). O Sudeste e Nordeste apresentaram percentuais superiores às demais regiões do Brasil, sendo que no Sudeste a média foi superior à região Nordeste.

Em relação às categorias profissionais, um total de 8.070,

entre as 13 profissões presentes na composição da equipe do NASF, foi credenciado em janeiro de 2011. Em comparação a todas as profissões, o profissional de Fisioterapia foi o mais recrutado no NASF (Tabela 3), já entre os profissionais com 40 horas semanais foi a Psicologia, ressaltando que a Educação Física está entre as cinco profissões mais recrutadas para a atuação no NASF (Tabela 2). Foi verificado o comportamento semelhante entre si nas regiões Nordeste e Sudeste e no Centro-Oeste e Norte, quanto ao número de profissionais recrutados.

A região Sudeste apresenta uma média de profissionais nos estados maior que todas as regiões, principalmente em relação a Norte. Para as categorias profissionais de Nutrição, Educação Física, Psicologia e Serviço Social, esta diferença foi significativa, sendo a média de profissionais na região Sudeste, respectivamente, mais de seis, oito, sete e cinco vezes superiores à região Norte (Tabela 2).

Entre as profissões com possibilidade de atuação com carga horário de 20 horas, a mais recrutada em todas as regiões foi a Fisioterapia. No geral e entre os profissionais 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, exceto para a região Sul nas especialidades de ginecologia, psiquiatria e pediatria (Tabela 3).

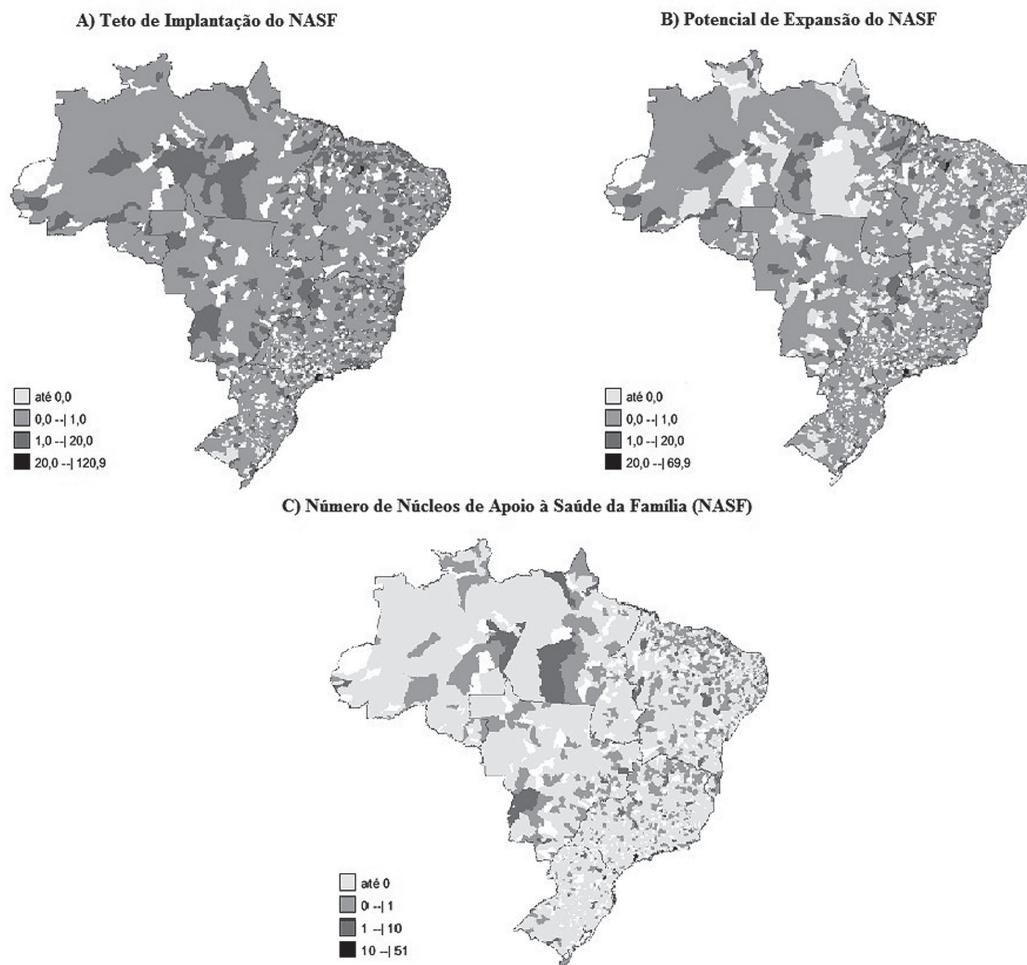


Figura 1

Expansão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), segundo o teto de implantação e potencial de expansão no Brasil, Janeiro de 2011.

Tabela 1

Média bruta e ponderada de Núcleos de Apoio à Saúde da Família entre os estados das regiões do Brasil, Janeiro de 2011.

Regiões	Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)				
	N	\bar{X}_B	DP _B	\bar{X}_P	DP _P
Norte	105	15,0 ⁺	11,4	19,4 [§]	9,4
Nordeste	644	71,5	39,9	75,3 ^{**}	26,5
Sudeste	404	101,0	96,0	133,2 ⁺⁺	66,5
Sul	124	41,3	25,7	39,5 ^{§§}	16,4
Centro-Oeste	100	25,0	16,3	29,9 ^{***}	11,5

\bar{X} : Média; DP: Desvio Padrão. * Média ponderada pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. + p<0,05 em comparação a região Sudeste. § p<0,05 em comparação as regiões Nordeste, Sudeste e Sul; ** p<0,05 em comparação as regiões Norte, Sudeste, Sul e Centro Oeste; ++ p<0,05 em comparação a região Norte, Nordeste, Sul e Centro Oeste; §§ p<0,05 em comparação a região Norte, Nordeste e Sudeste; *** p<0,05 em comparação a região Nordeste e Sudeste.

Tabela 2

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 semanais											
	AS		FA		FO		NU		EF		PSI	
	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}
Norte	79	11,3 [*]	36	5,1	47	6,7	80	11,4 [*]	41	5,9 [*]	85	12,1 [*]
Nordeste	424	41,7	218	24,2	289	32,1	494	54,9	365	10,6	515	57,2
Sudeste	249	62,3	180	45,0	167	41,8	294	73,5	210	52,5	351	87,8
Sul	59	19,7	80	26,7	27	9,0	106	35,3	81	27,0	119	39,7
Centro Oeste	44	11,0	41	10,3	40	10,0	71	17,8	41	10,3	91	22,8

AS: Assistente Social; FA: Farmacêutico(a); NU: Nutricionista; EF: Profissional de Educação Física; PSI: Psicólogo(a). * p<0,05 em comparação a região Sudeste.

Tabela 3

Média de profissionais com carga horária igual ou superior a 20 horas semanais nos estados, por regiões do Brasil, Janeiro de 2011.

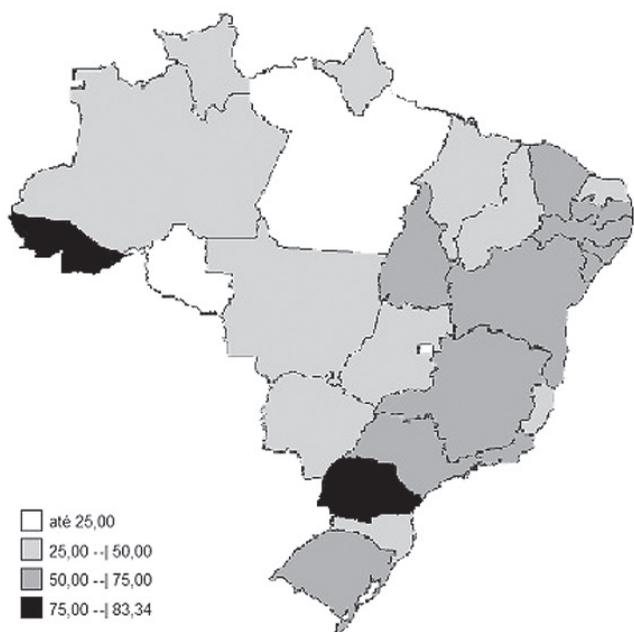
Regiões	Profissionais com carga horária igual ou superior 20 horas semanais													
	FI		MA		MG		MH		MPE		MPS		TO	
	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}	N	\bar{X}
Norte	122	17,4	1	0,1	35	5,0	-	-	27	3,9 [§]	1	0,1	8	1,1
Nordeste	965	107,2	3	0,3	145	16,1	3	0,3	146	16,2	34	3,8	172	19,1
Sudeste	551	137,8	10	2,5 [*]	145	36,3 ⁺	16	4,0 [*]	146	36,5	79	19,8 ⁺	131	32,8
Sul	132	44,0	-	-	20	6,7	-	-	30	10,0	10	3,3	15	5,0
Centro Oeste	112	28,0	1	0,3	22	5,5	2	0,5	33	8,3	4	1,0	25	6,3

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. * p<0,05 em comparação as regiões Norte, Nordeste, Sul e Centro Oeste. + p<0,05 em comparação as regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. § p<0,05 em comparação a região Sudeste.

Em relação à inserção da Educação Física, em 49,2% das equipes do NASF os profissionais de Educação Física estão presentes, contudo os valores diferenciam entre as UF, apresentando proporções superiores a 75% nos estados do Acre e Paraná. Quanto ao número de profissionais de Educação Física por população coberta pela estratégia de saúde da família, os

coeficientes são inferiores a 1 profissional por 100.000 habitantes. O Distrito Federal não tem Profissional de Educação Física no NASF e nos estados do Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Sergipe e Pará a estimativa foi de 0,25 ou menos profissionais por 100 mil habitantes cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (Figura 2).

A) Proporção de profissionais de Educação Física por número de NASF



B) Número de Profissionais de Educação Física por 100 mil pessoas cobertas pela SF

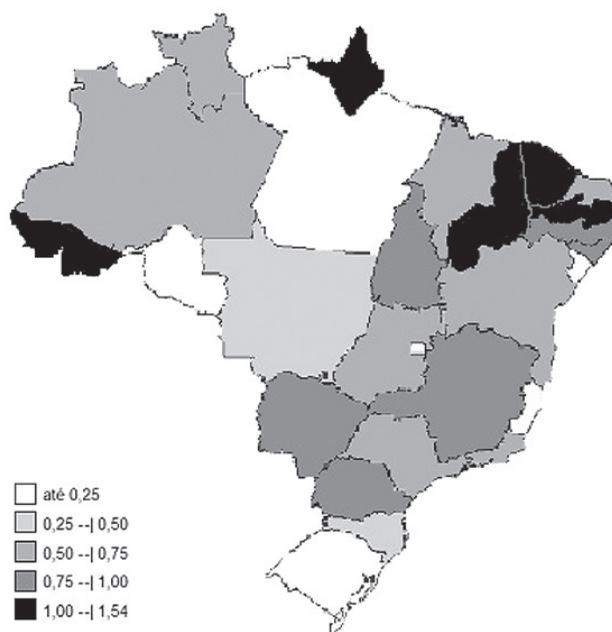


Figura 2

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

DISCUSSÃO

O NASF apresentou um grande potencial de expansão, pois a adesão dos municípios a proposta foi baixa, em geral aqueles que o implantaram, credenciaram apenas uma equipe. O porte populacional dos municípios brasileiros¹¹ pode influenciar este valor, assim como os critérios adotados para implantação do NASF neste período, sendo delimitado o número mínimo de ESF para adesão a cada modalidade de credenciamento.

As alterações apresentadas na Portaria nº 2488³ quanto à redução do número ESF para adesão ao NASF, não somente no Estado da Amazônia Legal, como também na região do Pantanal Sul Matogrossense, e a exclusão da modalidade NASF1 via consórcio intermunicipal, podem contribuir para a expansão do NASF nos próximos anos. A superação de entraves burocráticos para implantação do NASF garantirá maior autonomia da gestão municipal, favorecendo sua adesão a proposta.

Em se tratando dos municípios de médio e grande porte, o principal fator que pode justificar a baixa implantação de NASF seria o receio da gestão na expansão das equipes. Os desafios intrínsecos as ações inovadoras, apesar de contribuírem para o aprendizado coletivo, também inibem o envolvimento. Os gestores de saúde inicialmente podem ter sido cautelosos, uma vez que ainda não se sabia as potencialidades do NASF e qual seria a melhor forma de gerenciá-lo.

A descentralização administrativa, garantida pelas diretrizes organizativas do SUS, permite uma maior autonomia da gestão municipal na tomada de decisão e planejamento em saúde. Este processo tornou-se imprescindível na contextualização dos serviços de saúde às necessidades loco-regionais. Contudo, para garantir melhor resolutividade e expansão, principalmente em iniciativas em fase de implantação, torna-se fundamental o apoio estratégico das secretarias estadual

e federal de saúde.

Os resultados relacionados aos recursos humanos envolvidos apontam que em média seis profissionais estão credenciados em cada equipe de NASF, sendo maior o recrutamento daqueles com carga horária de 40 horas. Observou-se uma diferença na média de profissionais credenciados entre as regiões, com maior proporção no Sudeste e Nordeste. A oferta de cursos de graduação pode ter contribuído para este resultado, pois segundo os dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira¹², a distribuição dos cursos de graduação no Brasil tem sido desigual, sendo as menores proporções nas regiões Norte (n=2004) e Centro-Oeste (n=2504) e as maiores nas regiões Sudeste (n=13278), Sul (n=5386) e Nordeste (n=4655).

Apesar da oferta de cursos de ensino superior na região Sul também ser elevada, a expansão do NASF não acompanhou este progresso. O crescimento da APS pode representar um fator relevante para este resultado, visto que inicialmente, seu desenvolvimento foi maior nas regiões Nordeste e Centro-Oeste do país¹³.

Entre as profissões com possibilidade de regime de trabalho igual ou superior a 20 horas semanais, a Fisioterapia apresentou a maior inserção e a Terapia Ocupacional ocupou a quarta posição. Ambos os cursos foram criados em meados da década de 70, contudo no Brasil, entre os 13 cursos da saúde, nas profissões que podem compor o NASF, a Terapia Ocupacional apresentou a menor oferta de cursos em 2008, enquanto que a Fisioterapia obteve a segunda maior posição, neste mesmo período¹⁴. 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.

Nas especialidades médicas, apesar do elevado número de especialidades presentes, a inserção do médico no NASF

foi baixa, com exceção das especialidades de ginecologia e pediatria na região Sul e Sudeste. Este fator tem sido investigado mundialmente e provoca inquietações na América Latina¹⁵, referente déficit no número de médicos por habitante. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) recomenda o total de 1,25 médicos a cada 1.000 habitantes¹⁶.

Entre os profissionais médicos do NASF, a região Sudeste apresentou uma média de profissionais maior que as demais regiões, principalmente a Norte. Ao analisar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2001, também se observou esta ocorrência, pois na região Norte o número de médicos por 1.000 habitantes foi de 1,12, enquanto que na região Sudeste este valor representou mais que o dobro, com 2,81¹⁷. A pesquisa nacional sobre o Perfil dos Médicos no Brasil complementa este reflexo, 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 o interior foi de 0,53 médicos /1.000 habitantes¹⁸.

Diferentes autores^{19,20,15} tentam explicar os motivos desta problemática na especialidade de Médico da Família e Comunidade (MFC) e alguns destes, podem justificar esta causa entre as 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 justificativa²⁰, evidenciado 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^{19,20} são outros fatores que também podem resultar numa baixa inserção das especialidades médicas nos serviços da APS.

Entre todas as profissões do NASF as cinco mais recrutadas foram a Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Educação Física, respectivamente. Observa-se que algumas destas profissões apresentam 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 pública pode favorecer a sua inserção no NASF, contudo não indica uma melhor qualificação do atendimento ofertado. As transformações, quanto à lógica de trabalho e prática clínica do profissional, são necessárias para o profissional desempenhar sua função na APS.

A oferta de trabalho para as profissões da saúde que não pertencem às categorias tradicionais, como a medicina e enfermagem, comumente atrelavam-se aos centros de especialidades ou ambientes hospitalares. Neste cenário a atuação clínica tem contraposto à ação interdisciplinar e compartilhada, indicando barreiras organizacionais que precisam ser vencidas, pelas categorias profissões, para que haja uma integração na rede de atenção à saúde.

Os profissionais em geral, necessitaram de conhecimentos específicos para atuação na APS que, por muitas vezes, relatam não ter sido devidamente abordados nos cursos de formação inicial^{21,22}. A Educação Física, apesar de estar vinculada a prevenção e promoção da saúde, possui pouca experiência prática nos serviços públicos, logo enfrenta um desafio para definição do seu papel profissional e competências necessárias para atuação junto ao SUS.

Estudos que retratam a estrutura curricular dos cursos de Educação Física nos estados da região Sul e Sudeste do Brasil, apontando que os mesmos não têm preparado o profissional

para atuação na saúde. Ao abordar esta temática predominam os conceitos de abordagem curativa e prescritiva²³, ressaltando ainda que o enfoque humanista da saúde, quando abordado são nos cursos de licenciatura²⁴.

As vivências práticas nos serviços do SUS²⁵, ou especificamente na Atenção Primária em Saúde²³, são escassas²⁵ ou inexistentes²⁴ entre as disciplinas ofertadas do eixo da saúde. Logo, as instituições de ensino superior (IES) necessitam repensar as estruturas curriculares, tendo em vista a ampliação dos campos de atuação profissional, e as mudanças ocorridas no sistema de saúde vigente.

Iniciativas interministeriais tem buscado reorientar a formação profissional, quanto à estruturação curricular e troca de saber, para atender as necessidades de saúde do Brasil. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), voltado inicialmente para os cursos da Medicina, Enfermagem e Odontologia²⁶, tem agregado os demais cursos da área da saúde por meio do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde)²⁷. A oportunidade de aproximar o ensino e o serviço promove vivências práticas aos discentes que contribuirão efetivamente na qualificação profissional e melhor assistência às necessidades da população.

Na formação complementar, o Ministério da Saúde (MS) tem contribuído na expansão das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF), como estratégia de desenvolvimento de competências profissionais, para a renovação da força de trabalho em saúde²⁸. A Educação Física foi inserida em 43 projetos do PET-Saúde da Família²⁹ e conquistou espaço nos programas de RMSF do Brasil. Porém esta participação, principalmente nos programas de RMSF, ainda não é expressiva, tendo em vista as possibilidades que o profissional de Educação Física tem alcançado no SUS. Contudo, o investimento na qualificação profissional para a APS, ocorreu em paralelo à expansão da Estratégia de Saúde da Família²⁶. Logo, esta progressão tende a ser aumentada com a expansão do NASF, uma vez que a gama de profissionais se amplia.

O estudo aponta para importantes resultados quanto à proporção de profissionais de Educação Física nas equipes de NASF. Em quase metade das equipes havia um profissional de Educação Física credenciados, e nos estados do Acre e Paraná estas proporções são superiores a 75%. Respectivamente, os estados do Tocantins (69,2%), Ceará (68,9%), Paraíba (62,5%) e Alagoas (61,8%), também demonstram uma positiva inserção do profissional de Educação Física no NASF. Cabe ressaltar, por se tratar de um cálculo de proporcionalidades, que estes locais não apresentam fundamentalmente os maiores resultados em valor absoluto. 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 presença da Educação Física nas equipes do NASF.

Segundo o levantamento do Ministério da Educação (MEC)³⁰, o Paraná destaca-se como terceiro estado com maior número de IES com curso de Educação Física (n=89), possibilitando uma oferta maior de recursos humanos. A presença de programas de promoção de atividade física no município, também pode inibir a inserção da Educação Física no NASF, uma vez que suas atividades entendem como coincidentes entre gestores de saúde. Esta colocação, não descarta outros fatores, sejam desde a decisão do gestor mediante as necessidades de saúde da população², 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, de uma parcela de 3450 pessoas por ESF, de acordo com o valor mínimo estabelecido por equipe¹⁰. Em média havia 0,69 profissionais de Educação Física por 100 mil habitantes cobertos pela Estratégia de Saúde da Família, indicando uma baixa representação.

O Ceará, Paraíba, Acre, Amapá e Piauí foram os estados que apresentação índices superiores a um, contudo a baixa cobertura da Saúde da Família, exceto no Ceará, pode ter contribuído para este resultado uma vez que reduz o tamanho da população alvo a ser atingida. Portanto, no município em que a expansão do NASF foi proporcional a 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 tem os melhores resultados uma vez 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 NASF¹⁰, porém o número de profissionais de Educação Física foi reduzido quase à metade do total de equipes de NASF implantadas nestes estados, contribuindo para que seus escores não sejam superiores aos demais.

A abrangência nacional do estudo permite retratar as realidades desta estratégia de apoio matricial, considerando as características regionais. Contudo, por se tratar de dados secundários, estes podem apresentar limitações na qualidade no registro das informações. A carência de dados sobre o NASF disponível no sistema de informação brasileiro acrescenta a emergente demanda de construção de indicadores específicos para acompanhamento das equipes e dos procedimentos realizados pelos profissionais.

As contribuições deste estudo ressaltam-se principalmente pela possibilidade de apresentar o cenário do NASF e da Educação Física anteriormente a implantação da nova PNAB, sendo um marco para futuras investigações, haja vista a necessidade de superação das barreiras que inicialmente podem ter comprometido a expansão do NASF. Os indicadores de monitoramento apresentados neste artigo podem auxiliar a gestão municipal de saúde e pesquisadores para definição de metas e prioridades de pesquisa, possibilitando o aprimoramento dos mesmos, a partir de novas investigações.

Agradecimentos

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal em Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro ao primeiro autor, na forma de bolsa em nível de mestrado.

A Clesimary Evangelista Molina Martins, do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, pelo apoio na aquisição dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: MS; 2011.
2. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: MS; 2008.
3. Campos GWS, Dominatti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma

metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 399-407.

4. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde* 2009; 18:79-86.
5. Malta DC, Castro AM, Cruz, DKA. A Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no SUS. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* 2008; 13: 24-26.
6. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Núcleos para Saúde da Família devem crescer 414%. http://www.rededespesquisaaps.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=167. Acessado em 09 de novembro de 2011.
7. Figueiro AC, Hartz ZMA, Thuler LCS, et al. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cad Saúde Pública* 2010; 26: 2270-78.
8. Ministério da Saúde; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acessado em 02 de março de 2011.
9. 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.
10. Departamento da Atenção Básica (DAB). Evolução do Credenciamento e Implantação da Estratégia de Saúde da Família. http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acessado em 15 de agosto de 2011.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em 26 de julho de 2011.
12. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Sinopses Estatísticas da Educação Superior-Graduação; Rio de Janeiro: IBGE; 2009. <http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>. Acessado em 07 de novembro de 2011.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc saúde coletiva* 2006; 11:669-81.
14. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, et al. Formação de Profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev. Saude Pública* 2010; 44: 383-93.
15. Diaz FS. 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* 2010; 50: 307-14.
16. 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. <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-10-s.pdf>. Acessado em 06 de novembro de 2011.
17. Póvoa L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22:1555-64.
18. Escola Nacional de Saúde Pública. Perfil dos Médicos no Brasil. 1995. http://www.ensp.fiocruz.br/rorehs_bkp/prod/producao/perfil_medicos/index.htm. Acessado em 06 de novembro de 2011.
19. Ronzan TM, Ribeiro MS. Práticas e Crenças do Médico de Família. *Rev Bras Educ Med*. 2004; 28:190-7.
20. Mello GA, Mattos ATR, Souto BGA, et al. Médico de Família: ser ou não ser?. *Rev bras educ med* 2009; 33: 475-82.
21. Trad LAB; Rocha AARM. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16: 1969-1980.
22. Souza SC; Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2011; 16: 5-10.
23. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Physis* 2009; 19: 1127-44.
24. Brugnerotto FA. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. Dissertação (Mestrado): Programa de Pós-graduação em Educação Física. In: Universidade Metodista de Piracicaba, 2008. 110p.
25. Rosa FK. Currículo de Educação Física das Universidades Públicas do Sul do Brasil: enfoque no Sistema Único de Saúde. Monografia: Graduação em Educação Física. In: Universidade Federal de Santa Catarina, 2011. 39p.
26. Ministério da Saúde (MS); Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Portaria Interministerial nº 3.101, de 03 de novembro de 2005. Brasília: MS, 2005.
27. Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Brasília: MS, 2008.
28. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O Mundo da Saúde* 2010; 34: 92-96.
29. Folder Seminário Programa de Educação Para o Trabalho (PET-Saúde). Brasília: PET-Saúde, 2001. <http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pet/index.php>. Acessado em 15 de novembro de 2011.
30. Ministério da Educação (MEC). Brasília: MEC, 2011. <http://emec.mec.gov.br>. Acessado em 15 de novembro de 2011.