

Perfil e atuação do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família na região metropolitana de João Pessoa, PB

Profile and conduct of Physical Education Professionals in health family teams of the metropolitan region in João Pessoa, PB

José Damião Rodrigues¹
Daniela Karina da Silva Ferreira²
José Cazuza de Farias Junior³
Iraquitã de Oliveira Caminha⁴
Alex Antônio Florindo⁵
Mathias Roberto Loch⁶

Rev Bras Ativ Fís Saúde p. 352-365
DOI
<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n4p352>

1 Universidade Estadual da Paraíba, Departamento de Educação Física. Campina Grande, PB, Brasil.

2 Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Educação Física. Recife, PE, Brasil.

3 Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Educação Física. João Pessoa, PB, Brasil.

4 Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Educação Física. João Pessoa, PB, Brasil.

5 Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

6 Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Educação Física. Londrina, PR, Brasil.

RESUMO

O estudo objetivou descrever o perfil e aspectos da atuação dos Profissionais de Educação Física (PEF) nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) da região metropolitana de João Pessoa, PB. Um roteiro de entrevista semiestruturado foi aplicado a 15 PEF (9 mulheres e 6 homens, 25 a 30 anos de idade), que atuavam há pelo menos seis meses nos NASF da região metropolitana. Na análise dos dados, utilizou-se a distribuição por frequência. Todos os PEF eram egressos de cursos de licenciatura plena em Educação Física. A maioria havia sido transferida da secretaria de educação e selecionada por indicação ou por processo seletivo com contrato temporário (n = 14) para atuar no NASF. As atividades mais desenvolvidas foram: alongamentos (n = 15) e caminhadas (n = 11). Eram realizadas medidas e avaliação como indicadores de efetividade das ações (n = 11), principalmente relacionadas a aferição da pressão arterial (n = 10) e índice de massa corporal (n = 10). Os PEF consideravam os espaços onde aconteciam as práticas pouco adequados (n = 8), relataram fazer trabalhos interdisciplinares (n = 14), e não realizavam atividades intersetoriais (n = 11). Todos os PEF referiram realizar ações específicas voltadas para hipertensos ou diabéticos, que os materiais utilizados nas atividades eram adequados e que participavam do processo de planejamento do NASF. Conclui-se que a orientação e supervisão de atividades físicas parecem ser o foco principal da atuação do PEF no NASF.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde pública; Atenção Básica à Saúde; Educação Física.

ABSTRACT

The study aimed to describe the profile and conducts of the Physical Education Professionals (PEP) in Health Family Teams (HFT) of the metropolitan region in João Pessoa, PB. The semi-structured interview was applied to 15 PEP (9 women and 6 men with aged between 25 and 30 years and that were working for at least six months in HFT of the metropolitan region). We calculated the frequency of responses of the questions. All PEP were graduates in full degree courses in Physical Education. The most were transferred from the education department and selected by indication or selection process with a temporary contract (n = 14) to act in HFT. The most of the activities that were developed by PEP in HFT were stretching (n = 15) and walking group (n = 11). The most reported perform measures for evaluation of the effectiveness of the actions (n = 11), mainly related to blood pressure measurement (n = 10) and body mass index (n = 10). The PEP related that the spaces where happen to the practices were not adequate (n = 8) and reported the realization of interdisciplinary actions (n = 14), but did not perform intersectoral activities (n = 11). All PEP mentioned perform specific actions for hypertension or diabetes. The materials used in the activities were considered adequate and the PEP participated of the planning activities in health team. In conclusion, the guidance and supervision of physical activities seem to be the main focus of PEP in HFT.

KEYWORDS

Public Health; Primary Health Care; Physical Education.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) buscou promover um novo olhar e uma nova abordagem no modelo de atenção à saúde¹. Esse novo modelo centrou-se na atenção básica à saúde, e com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitou a incorporação de outras práticas e saberes no campo da saúde pública brasileira^{2, 3}. A busca pelo aprimoramento da ESF fomentou a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008⁴, que ampliou as ações de atenção básica à saúde. A equipe do NASF deve oferecer suporte à promoção, manutenção e reabilitação da saúde, bem como o tratamento de doenças na comunidade adstrita⁵. Com o NASF, surgiu a possibilidade de novas profissões atuarem no contexto da atenção básica à saúde, entre elas a de Educação Física. Nesse contexto, a criação do NASF é coerente com a Política Nacional de Promoção da Saúde^{6, 7}, que busca uma visão ampliada de saúde e está de acordo com o atual quadro epidemiológico brasileiro em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco, incluindo a inatividade física.

A prevalência de níveis insuficientes de prática de atividade física em países de diferentes níveis de desenvolvimento, incluindo o Brasil, principalmente nos domínios do lazer e dos deslocamentos, tem se mostrado elevada⁸. Baixos níveis de prática de atividade física estão associados a fatores de risco⁹ para DCNT. Nesse sentido, aumentar os níveis de prática de atividade física das populações tornou-se uma prioridade em saúde pública. Assim, a promoção da atividade física na atenção básica à saúde é essencial, tendo em vista que ela produz efeitos positivos sobre aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais das pessoas. Espera-se que nesse contexto os PEF, inseridos no SUS, participem da elaboração, execução e avaliação de diversas atividades voltadas às áreas estratégicas do NASF; e principalmente na promoção da atividade física/práticas corporais⁶.

Considerando que é recente a aproximação da Educação Física com o SUS, e devido ao fato de as discussões sobre a atuação do PEF nesse âmbito ainda serem incipientes nos cursos de formação inicial¹⁰, conhecer melhor o perfil dos PEF que atuam no NASF, bem como as características de sua intervenção, pode ser de grande importância no sentido de pensar ações para melhorar sua formação e tornar mais efetiva sua atuação nesse âmbito¹¹.

Os poucos estudos que analisaram diretamente as características de atuação do PEF na atenção básica à saúde se concentram principalmente nas regiões sul, sudeste e centro-oeste¹². Rodrigues et al.¹³ identificaram que os estudos que abordam essa temática trataram dos seguintes aspectos: i) forma de inserção do PEF na atenção básica à saúde; ii) atividades mais desenvolvidas¹⁴; iii) descrição das ações da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde com priorização da atividade física¹⁵; iv) identificação dos grupos que realizam atividade física e a quantidade de usuários por grupo^{14, 16}. Contudo, outros aspectos como por exemplo, a questão do trabalho intersetorial e interdisciplinar não foram investigados. Dado este contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o perfil profissional e de atuação dos PEF no NASF da Região Metropolitana de João Pessoa, PB, Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, que teve como po-

pulação alvo os PEF atuantes nos NASF da Região Metropolitana de João Pessoa, PB. Essa região é composta por 12 municípios: João Pessoa, Cabedelo, Bayeux e Santa Rita. Lucena, Mamanguape, Rio Tinto, Cruz do Espírito Santo, Conde, Pitimbu, Caaporã e Alhandra, totalizando, cerca de 1.162.411 habitantes¹⁷. Destes, seis tinham NASF (Bayeux, Caaporã, Cabedelo, João Pessoa, Rio Tinto e Santa Rita) e contavam com PEF, porém não em todas as equipes (das 40 equipes de NASF, 22 [55%] tinham PEF) (Tabela 1).

TABELA 1 – Caracterização da Região Metropolitana de João Pessoa conforme existência do NASF com Profissionais de Educação Física, população e amostra de PEF, João Pessoa, PB, Brasil - 2012

Município	População	NASF(N*)	PEF (N)	PEF (n)
Alhandra	18.001	0	0	0
Bayeux	99.758	5	3	2
Caaporã	20.363	1	1	1
Cabedelo	57.926	6	2	1
Conde	21.418	0	0	0
Cruz do Espírito Santo	16.257	0	0	0
João Pessoa	723.514	20	12	8
Lucena	11.730	0	0	0
Mamanguape	43.330	0	0	0
Pitimbu	17.032	0	0	0
Rio Tinto	22.979	1	1	1
Santa Rita	120.333	6	4	2
TOTAL	1.332.641	40	22	15

Nota: NASF (N*) = quantidade total de Núcleos de Apoio à Saúde da Família para cada cidade; PEF (N) = população de Profissionais de Educação Física para cada cidade; PEF (n) = quantidade de Profissionais de Educação Física da amostra para cada cidade. Fonte: IBGE (2010)¹⁷ e Secretaria de Saúde dos Municípios onde houve a coleta de dados.

Inicialmente, realizou-se um levantamento junto às Secretarias Municipais de Saúde dos 12 municípios da Região Metropolitana de João Pessoa por meio de contatos telefônicos com a finalidade de identificar se o município possuía NASF e PEF atuando no mesmo. Entre os meses de agosto e outubro de 2012 foram identificados 22 PEF atuando nos NASF. Adotou-se como critério de inclusão, para este estudo, que os PEF estivessem atuando com tempo igual ou superior há seis meses no NASF do município em que trabalhavam atualmente. Este tempo foi adotado de maneira arbitrária, mas considerando que é plausível que seja suficiente para um melhor conhecimento dos PEF sobre as especificidades de atuação no NASF. No final, 15 PEF atenderam a este critério e foram entrevistados.

Na coleta de dados foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista, previamente avaliado por três especialistas da área e com experiência em pesquisas sobre atuação do PEF na atenção básica à saúde, e submetido a uma aplicação piloto para aperfeiçoar o instrumento. Este roteiro semiestruturado foi dividido em sete dimensões, especificamente: perfil demográfico e socioeconômico; perfil de formação profissional; perfil de atuação profissional; atuação específica do PEF; atuação na atenção básica à saúde; planejamento na ESF/NASF; potencialidades e fragilidades na atuação do PEF no NASF.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos pro-

fissionais, e realizadas face a face por cinco pesquisadores no local de trabalho dos entrevistados. Apesar de no presente trabalho, terem sido utilizadas informações relativas somente às questões fechadas, algumas perguntas eram abertas e por isso optou-se pela realização de entrevista.

Para esse estudo foram analisadas informações sobre: i) características demográficas (sexo, idade, estado civil, município de residência, renda); ii) informações sobre formação inicial e continuada (instituição de formação, tipo de curso em Educação Física, participação em atividades de educação permanente); iii) descrição da atuação profissional (planejamento, desenvolvimento e infraestrutura disponível para realização das atividades, ações interdisciplinares).

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Science* – IBM, versão SPSS. 20.0. Foram realizadas distribuição por frequência absoluta e relativa, médias e desvios-padrão. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo 0305/12, em 31/07/2012).

RESULTADOS

No ano de realização da pesquisa (2012) haviam 22 Profissionais de Educação Física (PEF) que atuavam na região metropolitana de João Pessoa, destes, 15 atuavam a seis meses ou mais e foram entrevistados. Verificou-se que a maior parte da amostra era do sexo feminino ($n = 9$), tinha idade entre 25 e 30 anos ($n = 9$; média de idade de 31,8 anos, $dp = 8,0$ anos), era solteira ($n = 9$), residia na cidade em que trabalhava ($n = 12$) e tinha renda de quatro a cinco salários mínimos ($n = 9$) – Tabela 2.

TABELA 2 – Características demográficas e socioeconômicas dos Profissionais de Educação Física que atuam nos NASF da região metropolitana de João Pessoa, PB, Brasil, 2012

Características demográficas e socioeconômicas	n	%
Sexo		
Masculino	6	40,0
Feminino	9	60,0
Faixa etária		
25-30	9	60,0
31-40	4	26,7
41-50	2	13,3
Estado civil		
Solteiros	9	60,0
Casados	6	40,0
Reside na cidade onde trabalha		
Sim	12	80,0
Não	3	20,0
Renda no NASF em 2012 (1 salário = 622,00)		
2-3 salários mínimos	6	40,0
4-5 salários mínimos	9	60,0

Em relação ao perfil de formação profissional, observou-se que todos tinham o curso de licenciatura plena em Educação Física, com a maioria ($n = 10$)

tendo concluído o curso a cinco anos ou menos. A maioria (n = 12) se graduou em instituições públicas, tinha especialização (n = 10) e referiu ter participado (ou estar participando) de atividades de atualização (cursos, oficinas) depois de formados (n = 13). Apenas um PEF havia ingressado no NASF via concurso público e tinha, portanto, contrato efetivo. Dois PEF foram transferidos da Secretaria de Educação para a Secretaria de Saúde e a maioria (n=12) fora selecionada, indicada ou tinha um contrato temporário. Onze PEF referiram trabalhar a menos de dois anos no NASF, 10 atuavam somente no NASF e 13 referiram carga horária de trabalho de 40 horas semanais no NASF (Tabela 3).

TABELA 3 – Perfil de formação e de atuação dos Profissionais de Educação Física que atuam nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da região metropolitana de João Pessoa, PB, Brasil, 2012

Perfil de formação e de atuação profissional	n	%
Curso superior em Educação Física		
Licenciatura Plena	15	100
Bacharelado	0	0,0
Instituição de formação		
Pública	12	80,0
Privada	3	20,0
Tempo de conclusão de curso		
5 anos ou menos	10	66,7%
6 a 10 anos	3	20,0 %
10 anos ou mais	2	13,3 %
Participou/participa de atualização profissional depois de formado (cursos, oficinas)		
Sim	13	86,7
Não	2	13,3
Especialização		
Sim	10	66,7
Não	5	33,3
Tipo de inserção		
Concurso com contrato efetivo	1	6,7
Seleção ou indicação com contrato temporário	12	80,0
Transferência de secretaria	2	13,3
Tempo de atuação no NASF		
6 meses a 2 anos	11	73,4
>2 anos	4	26,6
Trabalha em outros locais além do NASF		
Sim	5	33,3
Não	10	66,7
Horas de trabalho por semana		
40 horas	13	86,0
30 horas	1	7,0
20 horas	1	7,0

Os Enfermeiros e os Agentes Comunitários de Saúde foram considerados pelos PEF como os profissionais que mais encaminhavam os usuários para suas atividades. A maioria dos PEF (n = 11) trabalhava em cinco ou mais UBS, apoia-

va entre cinco a dez equipes de saúde da família (n = 8), desenvolvia o atendimento de forma individual e em grupos (n = 14) e faziam avaliação física dos usuários pelo menos semestralmente (n = 10). O índice de massa corporal (n = 10) e a pressão arterial (n = 10) foram os indicadores mais utilizados para avaliar a efetividade das ações desenvolvidas no NASF. Todos os PEF consideraram os materiais usados para desenvolvimento das atividades físicas adequados sendo os mais, frequentemente, utilizados: cabos de vassoura (n = 12), garrafas pet (n = 7) e cordas (n = 4). Os materiais de ginástica como halteres, caneleiras e bastões não eram utilizados pela maioria dos PEF (n = 10) – Tabela 4.

TABELA 4 - Caracterização da atuação específica dos Profissionais de Educação Física quanto aos demais profissionais da equipe e usuários atendidos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da região metropolitana de João Pessoa, PB, Brasil, 2012

Atuação Específica do PEF	n	%
Profissionais do NASF que encaminham usuários para o PEF**		
Enfermeiros	14	93,3
Agentes comunitários de saúde	14	93,3
Médicos	11	73,3
Quantidade de UBS* em que atua		
Somente uma	2	13,3
Duas	1	6,7
Três	2	13,3
Quatro	3	20,0
Cinco	1	6,7
Mais de cinco	6	40,0
Quantidade de equipes da ESF que apoiam		
1 a 4	7	46,7
5 a 10	8	53,3
Formas de atendimento aos usuários		
Somente individualmente	0	0,0
Somente em grupos	1	6,7
Individualmente e em grupos	14	93,3
Faz avaliação física		
Sim	11	73,3
Não	4	26,7
Periodicidade da avaliação		
Semestral	5	33,3
Mensal	2	13,3
Bimestral ou trimestral	3	20,0
Outras	1	6,7
Indicadores da efetividade das atividades**		
Índice de massa corporal	10	66,7
Pressão arterial	10	66,7
Outros como taxas de triglicérides e colesterol	6	40,0
Não usa indicador	5	33,3
População atendida pelo PEF**		
Hipertensos e/ou diabéticos	15	100

Idosos	13	87
Adultos saudáveis	12	80
Gestantes	12	80
Atividades físicas mais ministradas pelos PEF**		
Alongamento	15	100
Caminhada	11	73
Danças	9	60
Espaços onde ocorriam as atividades físicas**		
Unidades básicas de saúde	10	67
Espaços públicos de lazer	10	67
Materiais alternativos utilizados nas orientações de atividades físicas**		
Cabos de vassoura	12	80,0
Garrafas pet	7	46,7
Cordas	4	26,7
Materiais de Ginástica		
Usa, a exemplo de halteres, caneleiras e bastões	5	33,3
Não usa	10	66,7

Nota: PEF = Profissional de Educação Física. * UBS = Unidade Básica de Saúde; ** Permite mais de uma resposta, por isso ultrapassa os 100% no somatório da frequência relativa.

Quanto à categoria de usuários atendidos, verificou-se que todos os PEF trabalhavam com usuários hipertensos ou diabéticos, 13 referiram trabalhar com idosos, 12 com adultos saudáveis e 12 com gestantes. Alongamento (n = 15), grupos de caminhadas (n = 11) e danças (n = 9) foram as atividades físicas mais utilizadas pelo PEF na sua atuação no NASF. Os PEF desenvolviam suas ações com atividades físicas nas UBS e nos espaços públicos e de lazer da comunidade ou próximos às unidades de saúde (n = 10) – Tabela 4. Quanto aos espaços para as práticas de atividades físicas, oito PEF consideraram os mesmos pouco adequados para a orientação das atividades.

A maioria dos PEF (n = 14) citou que realiza algum tipo de trabalho interdisciplinar e que sempre ou quase sempre (n = 12) atua com outros profissionais do NASF ou da ESF. O trabalho em conjunto com os profissionais de Enfermagem foi o mais mencionado (n = 12), seguido da Nutrição e Fisioterapia (ambos com n = 10). Os PEF avaliaram a qualidade do trabalho interdisciplinar realizado como pelo menos regular, sendo que oito consideraram como muito bom ou bom. Todos os PEF indicaram participar do planejamento das ações e a maioria (n = 11) relatou que a frequência de reuniões em equipe era pelo menos quinzenal e somente um PEF referiu que, raramente, participava destas reuniões. Por outro lado, a maioria (n = 11) dos PEF informou que não realiza nenhum tipo de trabalho intersetorial (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Este estudo buscou descrever o perfil e alguns aspectos da atuação dos PEF nos NASF da região metropolitana de João Pessoa, PB, Brasil. Entre os principais achados, observou-se que todos os PEF entrevistados haviam concluído o curso superior de licenciatura plena. A maioria não tinha contrato efetivo, atuava em quatro ou mais UBS, apoiava mais de cinco ESF, atendia aos usuá-

TABELA 5 – Características do trabalho interdisciplinar e planejamento ocorridos na Estratégia de Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família. João Pessoa, PB, Brasil, 2012

Trabalho interdisciplinar	n	%
Realiza trabalho interdisciplinar		
Sim	14	93,3
Não	1	6,7
Atuam com outros profissionais do NASF ou ESF		
Sempre ou	8	53,4
Quase sempre	4	26,6
Raramente	1	6,7
Nunca	2	13,3
Principais profissões que costumam atuar em conjunto com o PEF **		
Enfermagem	12	80,0
Nutrição	10	66,7
Fisioterapia	10	66,7
Psicologia	7	46,7
Agente Comunitário de Saúde	7	46,7
Medicina	7	46,7
Odontologia	6	40,0
Autoavaliação do trabalho interdisciplinar		
Muito bom	2	13,3
Bom	6	40,0
Regular	6	40,0
Não respondeu	1	6,7
Participação no planejamento das atividades do NASF		
Sim	15	100
Não	0	0,0
Frequência das reuniões em equipes		
Semanal	7	46,7
Quinzenal	4	26,6
Mensal	2	13,3
Trimestral ou anual	2	13,4
Participação nas reuniões de equipe		
Sempre	11	73,3
Às vezes	3	20,0
Raramente	1	6,7
Realiza trabalho intersetorial		
Sim	4	26,7
Não	11	73,3

** Permite mais de uma resposta.

rios tanto individualmente quanto em grupos e realizava, pelo menos semestralmente, algum tipo de medida/avaliação como indicador da efetividade das atividades, realizava trabalhos interdisciplinares, participava das reuniões das equipes e não participava de atividades intersetoriais.

Os PEF não tinham curso de bacharelado pelo fato de na época de sua formação, ainda não haver curso de bacharelado em Educação Física nas universidades do Estado da Paraíba. Ressalta-se que esses profissionais foram formados na época em que as Universidades tinham como base a resolução CNE/CP 2/2002, o parecer do CNE/CES n°. 058/2004, a Resolução n°. 07, de 31/03/2004, bem como as demais Diretrizes Curriculares Nacionais anteriores,

que regem os cursos de graduação em Licenciatura Plena em Educação Física. O primeiro curso de bacharelado em Educação Física da Paraíba foi criado pela Universidade Federal da Paraíba em março de 2009 e em novembro do mesmo ano, o Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) também criou seu bacharelado. Atualmente, existem cinco cursos de bacharelado em Educação Física na Paraíba, três em João Pessoa, um em Campina Grande e outro em Patos¹⁸.

Destaca-se que os PEF estavam inseridos em algum tipo de atividade de educação permanente. Isto é importante, pois esta ação é coerente com a Política de Educação Permanente de Educação em Saúde prevista na lei 8.080/90¹⁹ e nas Portarias GM/MS nº 1.996/2007²⁰ e GM/MS 2.488/2011⁴.

Um ponto a ser destacado refere-se ao tipo de contrato referido pelos PEF, que era, na maioria das vezes, de caráter temporário, o que gera instabilidade para os profissionais, podendo inclusive influenciar no planejamento e desenvolvimento das ações de atenção básica à saúde, tendo em vista que um aspecto importante é o vínculo dos profissionais com os usuários e a própria ESF. Estes resultados são coerentes com estudos realizados em outros contextos^{15,21} e reforçam a importância de melhoria dos contratos profissionais para a melhoria da atenção básica à saúde e da consolidação da inserção da Educação Física neste âmbito.

No Brasil, o número de PEF por população coberta pela ESF tem índice inferior a 1 PEF por 100.000 habitantes¹². Na região metropolitana de João Pessoa, PB, observou-se que o índice era de 1 PEF para 47.494 habitantes (1044,873/22). Na Paraíba, 62,5% dos NASF têm PEF²², e os resultados do presente estudo indicaram que apenas 55% das equipes do NASF da região metropolitana de João Pessoa têm PEF inseridos.

Constatou-se que os usuários eram encaminhados para o PEF (n = 14), principalmente, pelos Enfermeiros ou Agentes Comunitários de Saúde. Bem como, pelos médicos (n = 11). Esses achados corroboram com o estudo de Silva e Matsudo²³ no qual o Agente Comunitário de Saúde foi identificado como um dos principais divulgadores das atividades físicas nas unidades de saúde.

Os resultados observados sobre a quantidade de equipes que eram atendidas pelo PEF estavam de acordo com a Portaria Ministerial n. 2.488/2011, que preconizava que cada NASF 1 deve atuar vinculado a no mínimo oito e no máximo quinze equipes de ESF²⁴.

Vale mencionar que no momento da coleta de dados (de agosto a outubro de 2012), esta portaria estava vigente quanto aos critérios de composição de cada equipe NASF por número de equipes ESF. Porém, naquele mesmo ano, em 28 de dezembro foi publicada a portaria 3.124 do Ministério da Saúde²⁵, e modificações importantes aconteceram nestas regras específicas (apesar de a portaria anterior ainda ser válida quanto aos princípios e diretrizes gerais para a atuação na Atenção Básica). A partir de então, que cada NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). Já as equipes de NASF 2, deverão estar vinculadas a no mínimo três e no máximo quatro equipes de saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas já citadas para o NASF 1. Além disso, a nova portaria criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, o qual deverá estar vinculado a no mínimo uma e no máximo duas equipes saúde da família e/ou equipes de Atenção Básica²⁵.

Em relação à forma de atendimento dos usuários, verificou-se que os aten-

dimentos eram realizados de forma individual e em grupo, conforme necessidades do território. A Portaria n. 2.488/2011, que está vigente para assuntos relativos à atuação, sugere que as ações dos NASF devem priorizar “os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis”²⁴. Nesse sentido, os grupos populacionais mais atendidos pelos PEF no NASF da região metropolitana de João Pessoa foram os hipertensos, diabéticos e idosos, corroborando com achados de Loch, Rodrigues e Teixeira (2013) em estudo realizado no NASF de Londrina, Paraná²⁶. Esse achado traz implicações positivas devido às ações de atividades físicas voltadas para os grupos sintomáticos poderem minimizar os agravos já existentes. Por outro lado, há implicações negativas como a exclusão de pessoas sem estas enfermidades, mas que também poderiam ser beneficiadas pela prática de atividade física na prevenção dos fatores de risco, isso reforça a ideia de que as políticas de saúde estão focadas na doença, em detrimento da promoção da saúde e prevenção da doença. Como os principais doutrinários do SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade⁶, faz-se necessário o desenvolvimento de políticas que possam atingir diretamente o público que não tem participado das atividades físicas no NASF, de modo a ampliar a capilaridade da atuação do PEF nesse âmbito.

Os PEF desenvolviam poucas ações intersetoriais, por isso ainda tem muitos desafios no campo da intersetorialidade, por exemplo, na articulação com secretarias de esporte, cultura e lazer que atendam as mais diversas faixas etárias, de modo a incluir os grupos não contemplados nos grupos mais formais de prática de atividade física. Porém, para que isso seja efetivado, os PEF precisam conhecer a rede de serviços e ações existentes em sua área de abrangência. O matriciamento, que busca a troca de saberes entre profissionais de diversas áreas, e as ações de educação em saúde devem, também, ter um papel importante e têm um potencial de serem benéficas para pessoas que não participam dos grupos formais de prática de atividade física no NASF.

Os materiais alternativos (cabo de vassoura, garrafas pet, dentre outros) foram os mais utilizados pelos PEF no desenvolvimento das atividades físicas no NASF, conforme também encontrado no estudo de Souza e Loch¹⁴. Isso pode ser explicado pelo fato de serem de baixo custo, fácil manuseio e aceitação por parte do público atendido, mas, sobretudo pelo fato de terem informado que não haviam materiais disponibilizados pelas secretarias de saúde dos municípios onde desenvolviam suas atividades.

As Diretrizes do NASF⁸ incentivam a utilização de materiais alternativos, inclusive para evitar o consumismo e incentivar a reciclagem de materiais, para que estes possam ser adaptados e utilizados em outras funções. Contudo, existe uma necessidade de equipar as práticas do PEF atuante no NASF, com outros materiais e equipamentos, para que essas práticas não se cauterizem ou se cristalizem tendo como padrão os materiais reciclados, de modo que possibilidades mais amplas de atividades físicas possam ser alcançadas.

Quando indagados sobre as condições dos espaços destinados às práticas de atividades físicas, os PEF informaram que estas são pouco adequadas. Nesse sentido, em muitos locais onde estão inseridos os NASF não é possível construir espaços específicos para as práticas de atividades físicas. Deve-se considerar que a portaria GM/MS n° 154/2008 e as Diretrizes do NASF dão

ênfase a importância da atuação da equipe do NASF com vistas à intersectorialidade nas ações de saúde. Isso reforça a necessidade de se reunir esforços para ações no sentido de estabelecer e aumentar as parcerias com entidades públicas e privadas para utilização de espaços, onde o ambiente seja favorável ao desenvolvimento das atividades. Nesse contexto, é importante considerar a portaria nº 2.681 que trata do Programa Academia da Saúde²⁷ e criar parcerias entre esse programa e o NASF, de modo que esses espaços públicos (pólos) sejam integrandos com as atividades dos profissionais do NASF para que seja atenuada a falta de ambientes adequados às atividades físicas.

O presente estudo observou que as atividades físicas orientadas pelos PEF e realizadas pelos usuários do NASF na região metropolitana de João Pessoa, PB, foram: o alongamento, grupos de caminhada e danças. Outros estudos encontraram informações semelhantes quanto ao uso de grupos de caminhada^{14, 21, 28} e do alongamento^{14, 21, 29}. A caminhada, que é a atividade física mais praticada no Brasil³⁰, o alongamento e as danças se destacaram como as mais utilizadas por serem de baixo custo e de baixa complexidade motora, exigindo infraestrutura mínima e sendo atividades bem inclusivas, pois podem ser praticadas por diversos grupos de pessoas.

Os principais indicadores utilizados para analisar a efetividade das ações foram os resultados do índice de massa corporal e os níveis da pressão arterial, devido às informações estarem registradas no prontuário dos usuários nas unidades de saúde. Esses dados sugerem que ainda estamos no paradigma de atendimento individual, objetivando a avaliação direcionada à prescrição de exercícios físicos. Há uma necessidade de utilizar outras medidas ou indicadores, e não apenas índice de massa corporal e pressão arterial, a exemplo dos questionários para avaliar os níveis de saúde, qualidade de vida, prática de atividade física em diferentes domínios e outras variáveis que possam ser importantes, como a autoeficácia e o apoio social.

Isso pode estar associado à formação recebida pelos PEF, a qual estaria pautada no paradigma do atendimento individual, na prescrição de exercícios físicos, típica dos cursos de Educação Física de Licenciatura Plena, dado que no período da formação desses profissionais não era peculiar a atuação do PEF na atenção básica à saúde com promoção de saúde, pois ainda são considerados muito baixos ou inexistentes os conteúdos e experiências nos estágios supervisionados dentro desse âmbito de atuação profissional nos cursos de Educação Física. Anjos¹², durante pesquisa em quatro instituições de ensino superior, observou que a carência de disciplinas e estágios em saúde pública na composição curricular das faculdades de Educação Física tem feito com que muitos dos PEF sintam-se incapazes de atuar no âmbito da saúde. Isso reflete em uma atuação direcionada para a prescrição de exercícios.

Apesar de os PEF terem informado que realizam trabalho interdisciplinar, percebeu-se que as ações operacionalizadas eram de cunho multidisciplinar (sem evidências de trocas de conhecimentos entre os profissionais). Entretanto, o trabalho multidisciplinar pode ser considerado como um avanço, uma vez que os Enfermeiros verificavam a pressão arterial dos participantes antes da prática de atividades físicas no NASF, tornando essa prática mais segura. Outros estudos^{16, 31} também identificaram o trabalho multidisciplinar do PEF com o Enfermeiro, e com o Médico que avaliava a saúde dos usuários e expedia o atestado para a prática da atividade física, sendo essa ação, também im-

portante para realização de uma atividade física mais segura. Silva e Matsudo²³ reportam essa multidisciplinaridade com o Agente Comunitário de Saúde, quando o mesmo orienta sobre a necessidade de hábitos saudáveis e convida a população para participar de atividades físicas.

Contudo, faz-se necessário uma melhor compreensão conceitual por parte do PEF sobre o trabalho interdisciplinar para que ele seja melhor operacionalizado. De acordo com Liveira³² são necessárias discussões mais aprofundadas, nas instituições de formação, para diferenciar melhor os conceitos de trabalho em equipe e interdisciplinaridade, para se ter uma maior efetividade no “saber fazer” em saúde. Acredita-se que fica difícil atender aos critérios de universalidade, equidade no cuidado e atenção integral à saúde se não houver trabalho interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, conforme as Diretrizes do NASF⁶.

Apesar de os PEF participarem das reuniões e do planejamento, percebeu-se que ainda não havia uma relação interdisciplinar na sua atuação específica (atividades físicas). Sugere-se que os especialistas da área de Educação Física continuem a fazer uma “autorreflexão”, quanto ao saber e fazer em saúde pública, e a manter uma “interlocação” com as demais áreas, para nortear novos rumos em sua atuação nos NASF, sobretudo, em como avaliar a efetividade das suas ações e promover uma atuação fomentada no trabalho interdisciplinar.

Os pontos fortes do estudo foram os achados que apontam para necessidade de ações intersetoriais em busca de espaços mais adequados para as ações voltadas à prática da atividade física. Por outro lado, as limitações consistiram de não investigar e analisar as implicações das experiências e conhecimentos adquiridos pelo PEF em sua práxis, também não foi feita uma observação para ver se o que foi referido é mesmo o realizado, sendo necessários estudos que abordem essa temática.

Observou-se, no presente estudo, que as atividades mais desenvolvidas são as de fácil execução, baixo impacto para os ossos e as articulações e que não necessitem de uma infraestrutura nem de equipamentos sofisticados. Todavia, é necessário criar estratégias mais eficazes para avaliar a efetividade das ações quanto aos aspectos de saúde, estilo de vida e qualidade de vida, bem como, favorecer melhores condições de infraestrutura e materiais para execução das atividades e realizar ações intersetoriais que contemplem a amplitude preconizada pelas diretrizes do NASF. Ainda existem dificuldades por parte dos PEF, tanto no trabalho interdisciplinar quanto com grupos. A atuação do PEF deve ir para além dos grupos, inclusive para se alcançar um perfil mais abrangente da população, para isso, são necessárias as ações de matriciamento e educação em saúde.

Colaboração dos autores

José Damião Rodrigues realizou a concepção do estudo, a coleta de dados e escreveu o manuscrito; Daniela Karina da Silva Ferreira contribuiu com a concepção do estudo, a coleta de dados, a escrita e revisão crítica; José Cazuza de Farias Junior colaborou na redação do manuscrito e na revisão crítica; Iraquitã de Oliveira Caminha colaborou na revisão crítica do texto; Alex Antônio Florindo contribuiu com a análise de dados e revisão crítica do texto; Mathias Roberto Loch contribuiu com a redação e revisão crítica do texto.

Agradecimentos/Financiamentos

Os autores agradecem aos colaboradores do Grupo de Estudos “Atuação do Profissional de Educação Física na Saúde (APEF-Saúde) da Universidade Federal da Paraíba”, bem como aos profissionais entrevistados. A pesquisa não contou com financiamento de quaisquer órgãos de fomento, foi financiada pelos próprios autores.

REFERÊNCIAS

1. Vieira PP, Reis NA, Santos MDCS. A Inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. *Ulbra e Movimento (REFUM)*. 2010;1: 41-52.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, Governo Federal. 1994.
3. Leite RFB, Veloso TMG. Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande: um estudo a partir de representações sociais. *Saúde Soc*. 2009;18:50-62.
4. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, n. 204, p.48-65, 24 out. 2011. Seção 1.
5. Gomes MA, Duarte MFS. Efetividade de uma Intervenção de Atividade Física em Adultos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa - Brasil. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2008;13:44-56.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica. Brasília - DF. 2010.
7. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2009;18:79-86.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011:152.
9. Organização Mundial da Saúde. Riscos Globais de Saúde: Mortalidade e Carga de Doenças Atribuíveis aos Riscos mais Graves. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2009.
10. PASQUIM HM. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. *Saúde Soc*. 2010;19:193-200.
11. Loch MR, Brunetto BC, Rodrigues CG, Nahas MV. A Saúde Pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2011;16.
12. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2012;17:188-194.
13. Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2013;1:5-15.
14. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* 2011;16:5-10.
15. Malta DC, Castro AM, Cruz DKA, Gosh CS. A Promoção da Saúde e da Atividade Física no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2008;13:24-27.
16. Kokubun E, Luciana E, Sibuya CY, Queiroga MR, Ribeiro PAB, Silveira RF, et al. Programa de Atividade Física em Unidades Básicas de Saúde: Relato de experiência no Município de Rio Claro-SP. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde*. 2007;12:45-53.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Dados do Censo da População da Paraíba, 2010.
18. http://www.editorarealize.com.br/revistas/conaef/trabalhos/Comunicacao_451.pdf/. Acessado em 23 de junho de 2015.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Portaria Ministerial n.º 154, 24 de janeiro de 2008, Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. 04 març. 2008. n.º 432008; Seção 1, fls. 38 a 42. 2008.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde. 2006;4:1-60.
21. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/55746451/o-profissional-de-educacao-fisica-e-a-estrategia-de-saude-da-familia-na-cidade-de-campo-grande-ms/>. Acessado em 06 de outubro de 2011.
22. Santos SFS, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde 2012; 17:188-194.
23. Silva L, Matsudo S, Lopes G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde. 2011;16:84-88.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. Portaria Ministerial n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. n.º 204. seção 1, p.48-65.
25. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html/. Acessado em 23 de junho de 2015.
26. Loch MR, Rodrigues CG, Teixeira DC. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas unidades básicas de saúde de Londrina-PR. Rev. Bras. Ciênc. Esporte. 2013;35:947-961.
27. Brasil. Portaria n.º 2.681, de 7 de Novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, n.º 218, sessão 1., 2013.
28. Oliveira KPC, Vieira EL, Oliveira JD, Oliveira KR, Lopes FJG, Azevedo LF. Exercício Aeróbico no Tratamento da Hipertensão Arterial e Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos do Programa do Programa de Saúde de Ipatinga. Revista Bras. Hipertens. 2010;17:78-86.
29. Castro GC, Gonçalves A. Contribuições do Profissional da Educação Física no Controle da Hanseníase a Nível Local. Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas 2010;8.
30. Malta DC, Moura EC, Castro AM, Cruz DKA, Morais Neto OL, Monteiro CA. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, 2006. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília 2009; 18:7-16.
31. Nakamura PM, Papini CB, Chiyoda A, Gomes GAO, Valdanha Netto A, Teixeira IP, et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. Rev Bras Ativ Fis e Saúde 2010;15:128 - 132.
32. Oliveira ERA, Fiorin BH, Lopes LJ, Gomes MJ, Coelho SO, Morra JS. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde 2011;13:28 - 34.

**ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA**
JOSÉ DAMIÃO RODRIGUES
R. Lindolfo de Albuquerque, 364.
Três Irmãs, Campina Grande. CEP:
58.423200. Tel: (83) 98835-3403
E-mail: prof.damiao@gmail.com

RECEBIDO 28/05/2015
REVISADO 16/09/2015
APROVADO 16/09/2015