



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE BACHARELADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

MARIELA VIRGÍNIA CABRAL PIRES

**PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

CAMPINA GRANDE

2017

MARIELA VIRGÍNIA CABRAL PIRES

**PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, de natureza “relato de experiência” apresentado ao Curso de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento às exigências para obtenção de título de graduação no Curso de bacharelado em Educação Física.

Orientador (a): Prof. Dr. Giselly Félix Coutinho

CAMPINA GRANDE

2017

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

P667p Pires, Mariela Virginia Cabral.
Processo de trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família [manuscrito] : um relato de experiência / Mariela Virginia Cabral Pires. - 2017.
27 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2017.

"Orientação : Profa. Dra. Giselly Félix Coutinho, Coordenação do Curso de Bacharelado em Educação Física - CCBEF."

1. Profissional de Educação Física. 2. Processo de trabalho. 3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

21. ed. CDD 613.7

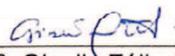
MARIELA VIRGÍNIA CABRAL PIRES

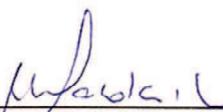
PROCESSO DE TRABALHO NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do título de bacharel em
Educação Física pela Universidade
Estadual da Paraíba.
Área de concentração: Saúde Pública.

Aprovada em: 14/12/2017.

BANCA EXAMINADORA


Prof^a. Dr^a Giselly Félix Coutinho (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^a. Dr^a. Mirian Werba Saldanha
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Prof^a. Dr^a. Józilma de Medeiros Gonzaga
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Resumo: A criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) ao constituir equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuar em parceria com os profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), ampliou a territorialização, a regionalização, compartilhando as práticas em saúde, considerando a legislação federal e as políticas públicas relativas à saúde, dentre as quais a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). O profissional de educação física (PEF) foi reconhecido como profissional de saúde através da Resolução CNS - N° 218, de 6 de março de 1997, principalmente devido às mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, caracterizadas pelo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo descrever a vivência prática do processo de trabalho do PEF no NASF do município de Surubim-PE. Concluindo que, enquanto profissional mediador na Estratégia da Família pode vivenciar os êxitos e limitações naturais de qualquer programa. Essa dicotomia se faz presente a partir do momento em que a teoria é engessada e muito diferente da realidade vivenciada no dia a dia do profissional. Apresenta dificuldades na elaboração e execução das ações em saúde, porém, não justifica a omissão de serviços de promoção-prevenção-reabilitação dos quais as famílias têm o direito total em conhecer e usufruir. Portanto, cabe ao profissional ter a sensibilidade na profissão de querer sempre obter os melhores resultados para a população por mais que árduo for o caminho.

Palavras – chaves: Profissional de Educação Física, NASF, Processo de Trabalho.

Abstract: The creation of the Family Health Support Nucleus (NASF), by forming teams composed of professionals from different areas of knowledge to work in partnership with the professionals of the Family Health Strategy (ESF), extended the territorialization, regionalization, sharing the practices, considering federal legislation and public health policies, including the National Health Promotion Policy (PNPS). The physical education professional (PEF) was recognized as a health professional through Resolution CNS - N ° 218, of March 6, 1997, mainly due to the changes in the morbidity and mortality profile, characterized by the predominance of chronic non-communicable diseases. Thus, the present study had as objective to describe the practical experience of the work process of the PEF in the NASF of the municipality of Surubim-PE. Concluding that as a mediator in the Family Strategy I was able to experience the successes and natural limitations of any program. This dichotomy is present from the moment the theory is plastered and very different from the reality experienced in the daily life of the professional. It presents difficulties in the elaboration and execution of health actions, however, it does not justify the omission of promotion-prevention-rehabilitation services in which families have the full direct knowledge and enjoyment. Therefore, it is up to the professional to have the sensitivity in the profession to always want to get the best results for the population, no matter how hard the way.

Keywords: Physical Education Professional, NASF, Work Process.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AM	Apoio Matricial
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCAF	Práticas corporais/ Atividade Física
PEF	Profissional de Educação Física
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	07
2.	OBJETIVOS	07
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	08
4.	METODOLOGIA	11
4.1	<i>Atividades Realizadas</i>	11
5.	AVANÇOS E PERSPECTIVAS	16
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
8.	ANEXOS	21

1. INTRODUÇÃO

Com o propósito de apoiar a consolidação da Estratégia da Saúde da Família (ESF), em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2010). Por meio da portaria nº 154 de 24 de janeiro, buscando ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização e a ampliação das ações da Atenção Básica (AB) no cuidado em saúde.

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF. Ela pode ser compreendida em três formas: (a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (Ministério da Saúde, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, 2009 a territorialização é uma das diretrizes que regem o NASF ela é concebida como responsabilidade de uma equipe sobre a saúde da população a ela vinculada. Para o alcance desse objetivo, os profissionais devem ser capazes de desenvolver o raciocínio clínico, o epidemiológico e o sociopolítico sobre a realidade sanitária dessa população, de forma a identificar os meios mais afetivos para promover e proteger a situação de saúde de sua coletividade.

2. OBJETIVO

Portanto, o objetivo desse estudo foi descrever a vivência prática do processo de trabalho do profissional de educação física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município de Surubim no estado de Pernambuco.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Ferreira et al., 2016 a reorientação nas políticas públicas brasileiras tem como eixo norteador de suas ações e diretrizes a abordagem multicausal no processo saúde-doença, que compreende a determinação do estado de saúde de uma pessoa como um processo complexo, proveniente de fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, inter-relacionados e dinâmicos, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Vale lembrar, que programas com fins preventivos são considerados de baixo custo e quando bem estruturados, fortalecem o processo de prevenção das doenças e reduzem os gastos por internações (Oliveira e Borges, 2008).

A criação do NASF, ao constituir equipes compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuar em parceria com os profissionais da ESF, ampliou a abrangência e o escopo das ações de AB, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, compartilhando as práticas em saúde, considerando a legislação federal e as políticas públicas relativas à saúde, dentre as quais a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). De acordo com o Ministério da Saúde, 2014 estes resultados são alcançados compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

O NASF, criado para fortalecer ESF, tem como referência lógica de trabalho o Apoio matricial (AM). O AM é uma metodologia para organizar o trabalho interprofissional, tanto em equipes quanto em redes de atenção à saúde. Segundo Campos et al., 2013 utiliza, além dos conceitos de trabalho compartilhado e de cogestão, o referencial da interdisciplinaridade, visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado, em suas dimensões sociais, sanitárias e pedagógicas, e objetiva a construção de corresponsabilidade no cuidado em saúde entre equipes multiprofissionais e profissionais apoiadores especialistas.

A corresponsabilização entre NASF e ESF acontece por meio do AM, assegurando a retaguarda especializada, tanto assistencial quanto suporte

técnico-pedagógico a equipes e profissionais encarregados da atenção à saúde, buscando construir e ativar a comunicação e o compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais (Campos e Domitti, 2007).

Segundo Arona, 2009 esse AM se concretiza por meio de espaços de educação permanente, discussão de casos e atendimentos conjuntos, construção coletiva de planos terapêuticos e gestão de serviços, grupos compartilhados entre apoiadores e equipe de ESF, intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais e atendimentos específicos, quando necessário.

Neste aspecto, a implantação do NASF com foco no AM é de relevância para o fortalecimento do processo de saúde da população, pois os apoiadores trabalham de forma a mobilizar os usuários e trabalhadores, através das ações de promoção, prevenção e proteção à saúde que complementem e ampliem o escopo das ações das ESFs, trazendo uma maior resolutividade no nível básico, diminuindo, assim, a procura ao atendimento hospitalar, e fortalecendo o vínculo das famílias com a unidade de saúde.

Dada a complexidade do trabalho na atenção básica, devido à diversidade dos municípios e da população, espera-se que a união de diversos profissionais de diferentes áreas poderá proporcionar direcionamentos mais amplos, melhorando assim o sistema de saúde (HORTALLE, 1999).

As possibilidades de composição do NASF estão diretamente ligadas ao assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra, médico geriátrica, médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional da 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 (Ministério da Saúde, 2010).

O profissional de educação física (PEF) foi reconhecido como profissional de saúde através da Resolução CNS - N° 218, de 6 de março de 1997, principalmente devido às mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, caracterizadas pelo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis,

evidenciando-se a inatividade física como um dos quatro principais fatores de risco para esse grupo de causas (Rodrigues et al., 2013). Sendo inserido no âmbito da Saúde Pública no ano de 2006 com a criação da PNPS, que teve como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Ministério da Saúde, 2006).

Dentre as ações consideradas para os PEFs na PNPS estão: i) Ações de oferta de práticas corporais/atividades físicas (PCAF) para toda a comunidade; ii) Ações de aconselhamento/divulgação sobre os benefícios das mudanças no estilo de vida; iii) Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; e iv) Ações de monitoramento e avaliação da efetividade das estratégias. Assim, as PCAF devem ser construídas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator social (Ministério da Saúde, 2009).

Desse modo, o processo de formação do PEF deve considerar as necessidades de atuação como profissionais da saúde nas esferas da gestão e da promoção da saúde, dotando-os de conhecimentos e experiências que favoreçam o atendimento às necessidades sociais em saúde, a partir da promoção da autonomia dos sujeitos (Anjos e Duarte, 2009).

Nesse sentido, o foco de intervenção do PEF, visa à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde no contexto dos determinantes sociais da saúde de uma população ou indivíduo. O profissional deve estar capacitado para o trabalho em equipe multiprofissional, para as atividades de gestão e para lidar com políticas de saúde, além das práticas de diagnóstico, planejamento e intervenção específicas do campo das PCAFs (Scabar et al., 2012). Propondo, entre outras ações, a utilização de PCAF; educação permanente em atividades físicas; capacitações de profissionais; articulações intersetoriais, além de contribuir para a ampliação e valorização dos espaços públicos de convivência para a prática da atividade física (Guarda et al., 2011).

A inserção de um programa de PCAF direcionada à população deve fundamentar-se em uma concepção da promoção da saúde apoiada em

processos educativos que vão além da transmissão de conhecimentos, focando, entre outros aspectos, o enfrentamento das dificuldades e o fortalecimento da identidade (Moretti et al., 2009).

Por fim, é necessário transcender as ações de integração e socialização dos indivíduos, criar condições sociais que permitam a cada pessoa aceder com sua particularidade à cidadania e construir sua vida com o máximo de autonomia, de forma a tornar-se sujeito de direitos (Zioni e Westphal, 2007).

4. METODOLOGIA

O relato de experiência deu-se no NASF no município de Surubim no estado de Pernambuco. A cidade compreende três NASFs, sendo, NASF A, NASF B o qual foi objeto de estudo e o NASF C. Cada NASF abrange o território e da assistência a 7 unidades da Estratégia da Saúde da Família. Ocorreu durante o período de 01 de Março de 2017 a 01 de Dezembro de 2017 sob a observação da coordenação do NASF referido, coordenação da AB e do secretário de saúde do município. Além do contato direto e diário com profissionais de outras áreas da saúde.

4.1 ATIVIDADES REALIZADAS

Ao início do trabalho foi realizada uma capacitação para os profissionais que compunham os NASFs da cidade, sendo também convidadas as enfermeiras da AB para se fazerem presentes. A capacitação serviu para entendermos a funcionalidade e diretrizes do Nasf de uma forma prática, repassada por profissionais atuantes da Secretaria de Saúde do município de Arcoverde, além da importância do AM e o quanto ele é crucial para resultados exitosos no dia a dia dos profissionais. Ao término da capacitação foi possível entender o processo do NASF junto a ESF e AB e ter uma fundamentação teórico/prática para futuras intervenções.

Após encontro foi iniciado o AM, pensando na integralidade do usuário enquanto utilizador dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo deu-se com fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e assistente social

que fazem parte do quadro profissional do município as quais formavam o NASF B.

Baseado no princípio de territorialização, começamos a atuar no campo observacional da realidade das 7 unidades da ESF que cobríamos, como também realizar reuniões com a equipe da ESF de cada unidade, para assim termos um diagnóstico da situação de cada território. Após essa territorialização foi criado o cronograma mensal que, mesmo sendo flexível se enquadra com a demanda e necessidade de cada unidade, sendo trabalhado todos os processos de trabalhos referentes ao NASF que foram selecionados junto a ESF.

Quanto ao PEF o processo de trabalho acontece da mesma forma dos demais profissionais através do AM e suas possibilidades de ação. Vigitel, 2016 dentre as ações específicas definidas pela PNPS, destacam-se aquelas voltadas às PCAF devido ao seu reconhecido papel protetor contra os riscos que ameaçam a saúde, além da relevância que o sedentarismo apresenta para a epidemiologia, atingindo aproximadamente 14% da população brasileira. Esses elementos foram levados em consideração e trabalhados de acordo com a demanda e necessidade de cada unidade.

Especificamente para o PEF alguns pontos das diretrizes são mais evidentes e comungam com a profissão. Caracterizada por uma profissão coletiva e dinâmica se enquadra perfeitamente nos processos de criação de grupos, intervenções coletivas, mas não se limita apenas a isso, pode também fazer atendimentos específicos e/ou compartilhados, como também visitas domiciliares. Tudo de forma a respeitar o indivíduo e sua memória cultural e social.

Baseado nesses princípios alguns pontos foram observados e trabalhados nessa área profissional e estão claramente definidos no processo de promoção da saúde. As vias de estratégias facilitam o processo e desenvolvimento de atividades na rede básica de saúde para a comunidade no âmbito da PCAF. São eles: mapear e apoiar as ações; ofertar PCAF como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer; capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdo de promoção à saúde; e estimular a inclusão de pessoas com deficiências.

Todos esses pontos serviram de base para a construção do planejamento mensal para a PCAF do NASF B. Eram realizadas uma reunião mensal para discussão de processos de trabalho interno e AM entre os profissionais de cada NASF, como também uma reunião mensal para elaboração e planejamento de ações entre o NASF e suas unidades de apoio. Além da reunião mensal de todos os NASFs com a equipe gestora. Todas com o propósito de melhorar de forma universal e integral o serviço ofertado para todas famílias usuárias.

Educação em saúde, construção de projeto terapêutico singular, visitas domiciliares, atendimentos compartilhados, atendimentos específicos, educação permanente, apoio a grupos operacionais e ações intersetoriais, faziam parte do processo de planejamento e elaboração das atividades e cronogramas mensais.

As educações em saúde eram feitas de acordo com os temas escolhidos mensalmente, por vezes, sempre aproveitávamos as campanhas nacionais de saúde como setembro amarelo, outubro rosa, novembro azul, dentre outros. A elaboração das palestras tinha o apoio de materiais didáticos como vídeos, cartazes, dinâmicas, abordados informalmente para um melhor entendimento dos usuários. Eram realizadas em salas de espera da unidade de saúde, creches, escolas, fabricas, independente das condições do local. Buscando sempre levar a educação para uma melhor saúde e autonomia das pessoas.

Os projetos terapêuticos singulares foram realizados com as equipes apoiadoras de cada ESF, que por muitas vezes são as enfermeiras e agentes comunitários na iminência de tratar um dado paciente com necessidade de profissionais de várias especificidades. Na maioria das vezes, eram casos de dependências de álcool e drogas, abuso sexual, deficiências físicas e mentais, depressão e obesidade. Todos doenças e problemas multifatoriais que necessitam de uma equipe profissional para obter resultados positivos. Método do PTS: reunião para elaboração do plano de ação; visita com a equipe; encaminhamento para setores da rede de saúde ou outras redes; acompanhamento da evolução do tratamento; e avaliação dos resultados ao fim do tempo estabelecido.

As visitas domiciliares aconteciam de 15 em 15 dias quando o NASF B estava com o carro cedido pela prefeitura, visitávamos famílias que não tinha

acesso as unidades de saúde, pois moravam em lugares afastados e de difícil acesso. Por muitas vezes não tínhamos acesso com o carro e tínhamos que ir andando por dentro dos matos embaixo de sol ou chuva. Levávamos até elas todo grupo de profissionais. Além da educação em saúde, fazíamos atendimento compartilhado como por exemplo: PEF e nutricionista, psicóloga e nutricionista, fisioterapeuta e enfermeira no intuito de uma melhor abordagem para os usuários, mas quando necessário cada profissional fazia seu atendimento especializado.

Para o PEF nos atendimentos compartilhados e especializados sempre eram realizadas avaliações físicas com ficha de anamnese , composição corporal, baterias de teste físicos Functional Fitness Test proposto por Rikli e Jones. Essa bateria é composta por seis testes motores que avaliam a força dos membros superiores e inferiores. Flexibilidade dos membros superiores e inferiores. Agilidade/equilíbrio dinâmico e resistência aeróbia de acordo com a faixa etária. Servindo de base para recomendações e prescrições de atividades físicas.

A educação permanente era voltada para os próprios profissionais da ESF na intenção de capacitá-los dentro do núcleo específico de cada profissional do NASF e assim ter uma equipe mais homogênea. Como por exemplo: capacitar os agentes de saúde na coleta certa do peso e altura das crianças do bolsa família.

Possuímos alguns grupos operacionais fixos (Grupo da alegria, da dor e criança ativa) e outros flutuantes (grupo de gestantes). Todos tinham o mesmo objetivo educar, direcionar e praticar PCAF. O grupo da alegria era um grupo de idosos com hipertensão e diabetes que possuía 2 encontros semanais com duas horas de duração. Todos os dias era aferido a pressão arterial, como também a glicose de cada participante antes do início das atividades. Após eram iniciadas as rodas de conversas educativas com temas referentes à saúde e que por muitas vezes foram solicitados pelos participantes. E para a PCAF seguia uma planilha de treinamento com a seguinte divisão: A – exercícios aeróbios, flexibilidade e agilidade (dança) e B – exercícios de força e coordenação (exercícios resistidos com ajuda de implementos), todos precedidos de

alongamento e relaxamento com duração de 5 minutos cada, totalizando 40 minutos no fim da aula.

O grupo Criança Ativa e da Dor segue o mesmo princípio do Grupo da Alegria, porém dentro de suas especificidades e com um número menor de encontros mensais. O da Criança Ativa era destinado para crianças com sobrepeso e obesidade, encaminhados pelas nutricionistas de todos os NASFs para a PCAF e a educação em nutrição. Uma vez por semana com duração de uma hora, foram realizadas as atividades para esse grupo de forma lúdica (recreações e instruções educacionais) na expectativa de mudanças de hábitos e uma vida mais saudável.

Por sua vez, o grupo da dor era destinado aos pacientes que se encontravam em fila de espera para a Clínica de Fisioterapia do município, mas diagnosticado com doenças crônicas. Dessa forma, a fila de espera para casos graves e agudos deixaram de existir, assim como os crônicos eram assistidos pelo grupo da Dor do NASF. Sua operacionalização acontecia de 15 em 15 dias com 1:30h de duração e a presença da fisioterapeuta e PEF, onde juntas ensinavam os exercícios ideais para cada pessoa acometida e assim tratava a autonomia e autocuidado.

E para os grupos de gestantes caracterizavam-se por flutuantes, pois não eram sempre as mesmas mulheres que faziam parte dos encontros. Os encontros aconteciam mensalmente em dias que se encaixavam com a agenda de pré-natal. Nesse grupo, tínhamos o apoio de toda a equipe do NASF com temas sugeridos pelas enfermeiras, depois de contato prévio com as gestantes. A metodologia era flexível e dependia do profissional que estaria à frente da ES do dia.

Para as ações intersetoriais as atividades eram realizadas semanalmente no abrigo de idosos institucionalizados do município. Sendo assistidos durante 2 horas por cada profissional dentro de suas especialidades. Levando atividades de reabilitação física, reabilitação mental, atividades físicas, apoio nutricional e assistencial para os idosos do referido abrigo.

De outro lado, algumas limitações foram vivenciadas o que tornaram o processo um pouco mais difícil. Começo citando a falta de recursos materiais

próprios, ofertados pela prefeitura do município, sendo necessário utilizar de soluções e criatividade para o êxito no desenvolver das atividades. Do mesmo modo, a falta de apoio e participação dos agentes comunitários de saúde eram fatores determinantes no desempenho das produções. Uma vez que, são eles os mediadores do contato direto com as famílias assistidas pela ESF e NASF. Na maioria das vezes são profissionais insatisfeitos com o salário recebido e por esse motivo se recusam a participarem das atividades propostas.

Outra limitação é o estabelecimento de indicadores e metas meramente quantitativas, deixando de lado a qualidade assistencial por números. Passamos a ter números a cumprir mensalmente para cada ação realizada por cada profissional. Isso aumenta o número de intervenções onde o número de pessoas participantes é mais importante do que a resolutividade. Temos também a baixa demanda e a falta de efetividade no programa Saúde do Homem em todas unidades que dávamos assistência. Ainda é notório a disparidade de gênero no que diz respeito ao autocuidado. É comum termos mais mulheres do que homens se cuidando e essa era a nossa grande barreira.

Por fim, e não menos importante podemos citar a falta do envolvimento do médico nas atividades multiprofissionais que eram realizadas. Sendo alguém inatingível ainda conservador no modelo curativista.

5. AVANÇOS E PERSPECTIVAS

Durante todo esse tempo de observação, planejamento e prática pude vivenciar todo o progresso e mudanças ocorridos no campo da ESF com base na resolutividade dos procedimentos e apoio ofertados pelo NASF. É perceptível os avanços na AB a partir do momento em que ela vê o indivíduo em sua totalidade, levando em consideração seus costumes sociais, éticos e políticos. Valendo-se dos seus hábitos e realidade para assim intervir de uma maneira mais ampla e direta.

A família é parte integrante da sociedade e traz consigo a herança e costumes adquiridos com seus antepassados que são transmitidos para gerações futuras. É a partir dela que desenvolvemos nosso caráter e modo de

viver. Portanto, foi essencial o desenvolvimento das atividades no contexto amplo familiar, pela ESF/NASF, no que diz respeito ao crescimento e melhoria das atividades ofertadas. Passando a compreender o usuário de forma integral e imparcial, tornando-os parceiros interlocutores no processo educativo.

A criação dos NASFs ampliou a perspectiva do atendimento integral, com base nas ações específicas priorizadas pela PNPS, que inclui a PCAF em ações na rede básica de saúde e na comunidade, fundamentando a inserção do PEF no serviço de AB. O perfil dos profissionais da rede de AB, entre os quais o PEF, contemplaram posturas que superam a perspectiva individualizante e fragmentária que tradicionalmente abordam os modos de viver e coloca os sujeitos e as comunidades como responsáveis únicos pelas várias mudanças ocorridas no processo saúde-doença ao longo da vida. Portanto, foi importante analisar e discutir sob a perspectiva da promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para melhorar a sua qualidade de vida.

Diante de vários avanços podemos idealizar algumas perspectivas para o processo de trabalho da ESF e NASF, expondo a necessidade de manterem – se no desenvolvimento das atividades, respeitando as diretrizes que os regem. Porém, sempre buscando ir mais além do que se é estabelecido. Passando por cima de todas adversidades, utilizando de ferramentas inesperadas como fonte de promoção e prevenção a saúde, buscando inovar e trazer o saber como divisor de águas na qualidade de vida dos profissionais e usuários. Além da necessidade de diminuir ou controlar de uma forma mais eficaz as metas dos indicadores de cada profissional meramente quantitativas, passando a ter mais avanços na qualidade do cuidado prestado a população. Dessa forma, os profissionais obterão resultados exitosos e gratificantes, além de uma comunidade adepta e autônoma.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato evidenciou a expectativa de que o NASF seja um dispositivo inovador, apoiador e potencializador das ações das equipes da ESF com o AM nas ações da saúde da família. O planejamento e execução dessas ações estão sob o domínio ESF/ NASF através da corresponsabilidade pelo

cuidado; interdisciplinaridade sem descaracterizar a especificidade; a integralidade do usuário; e a oferta dos serviços de forma universal.

Quanto PEF, é sabido dizer a grande relevância para a promoção, prevenção e reabilitação em saúde que esse profissional possui sobre a rede de AB. Sendo peça chave para o desenvolvimento de hábitos e práticas saudáveis de vida, melhorando a qualidade de vida dos usuários e diminuindo o número de internações por doenças, acarretando num menor gasto para os cofres públicos com superlotação em hospitais.

Enquanto profissional mediador na Estratégia da Família pude vivenciar os êxitos e limitações naturais de qualquer programa. Essa dicotomia se faz presente a partir do momento em que a teoria é engessada e muito diferente da realidade vivenciada no dia a dia do profissional. Apresenta dificuldades na elaboração e execução das ações em saúde, porém, não justifica a omissão de serviços de promoção-prevenção-reabilitação dos quais as famílias têm o direito total em conhecer e usufruir. Portanto, cabe ao profissional ter a sensibilidade na profissão de querer sempre obter os melhores resultados para a população por mais que árduo for o caminho.

O NASF é um programa com menos de uma década e por esse motivo ainda pouco estudado para avaliações e comparações de estudos. Dessa forma, é necessário mais estudos que contemplem a realidade dos processos e assim servir de base para os novos profissionais da área.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANJOS, T. C; Duarte, A. C.G.O. **A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional.** Physis (Rio J.). 2009; 19(4):1127-44

ARONA, E. C; **Implantação do Matriciamento nos Serviços de Saúde de Capivari.** Saúde Soc 2009; 18(1):26-36

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica – Diretrizes do NASF.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília; 2009

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009

Brasil. VIGITEL Brasil 2007. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2007.** Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

CAMPOS, G. W. S. et al. **Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, W.S.C; DOMITTI, A.C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad Saude Publica 2007; 23(2):399-407

FERREIRA, T.B; CIPOLOTTI, M.D; MARQUES, B.G; FERREIRA, M.L.J. **A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família** Rev Bras Ativ Fís Saúde 2016;21(3):228-236
10.12820/rbafs.v.21n3p228-236

GUARDA, F.R. B; MARIZ, J.V.B; SILVA, R, N. **Atividade física e saúde pública: contribuições e perspectivas** . Livro Rápido. Elógica. Olinda, 2011.

HORTALE, V.A; CONILL, E.M; PEDROZA, M. **Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde**. Caderno de Saúde Pública 1999;15:79-88.

MORETTI, A.C; ALMEIDA, V; WESTPHAL, M.F; BOGUS, C.M. **Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de Promoção da Saúde**. Saúde Soc. 2009;18(2):346-54.

OLIVEIRA, A. K. P; BORGES, D.F. **Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários**. Revista de Administração Pública 2008 ;42:2:369-389.

RODRIGUES, J. D. R; FERREIRA, D.K.S. **Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática**. Rev Bras Ativ Fis Saúde p. 5-15

SCABAR, T.G; PELICIONI, A. F. et al. **Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF** SJ Health Sci Inst. 2012;30(4):411-8

ZIONI, F; WESTPHAL, M.F. **O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social**. Saúde Soc. 2007; 16(3):26-34

8. ANEXOS













