

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

ALESSANDRA XAVIER BUENO

**ENTRE O FAZER E O REGISTRAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF: A
RELAÇÃO CONFLITANTE ENTRE A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE
OCUPAÇÕES E OS PROCEDIMENTOS POSSÍVEIS DE REGISTRO PELO
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.**

Porto Alegre
2012

ALESSANDRA XAVIER BUENO

**ENTRE O FAZER E O REGISTRAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO NASF: A
RELAÇÃO CONFLITANTE ENTRE A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE
OCUPAÇÕES E OS PROCEDIMENTOS POSSÍVEIS DE REGISTRO PELO
PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
do Movimento Humano da Escola de
Educação Física da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

Porto Alegre
2012

Alessandra Xavier Bueno

**Entre o Fazer e o Registrar Da Educação Física no Nasf: A Relação Conflitante
Entre a Classificação Brasileira de Ocupações e os Procedimentos Possíveis
de Registro pelo Profissional de Educação Física.**

Conceito Final:

Aprovado em de de

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho – Educação Física /USP

Prod. Dr. Ricardo Burg Ceccim – Faculdade de Educação / UFRGS

Profa. Dra. Janice Zarpellon Mazo – Educação Física / UFRGS

Orientador – Prof. Dr. Alex Branco Fraga – Educação Física / UFRGS

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Alex Fraga pela oportunidade, paciência e dedicação;

Aos meus pais Maria e Marcondes que tanto acreditam em mim;

Ao meu irmão Leonardo pela admiração;

À minha irmã por afeto, Andrea, pela presença constante e carinho;

Ao meu professor e amigo Alcindo Ferla por todo afeto, incentivo e confiança;

À Mayna Ávila pela parceria no trabalho e nas risadas;

Às amigas Marielly e Márcia pelo carinho e auxílio;

Aos colegas do Polifes, Eduardo, Felipe, Cibele, Humberto, Rute, Ana Paula pelo apoio;

Aos colegas da Rede Governo Colaborativo em Saúde pela compreensão;

Em especial, ao querido Jorge Knak pelos ensinamentos em um tempo anterior a realização deste trabalho;

Muito obrigada!

*“Como a vida é tecelã imprevisível, e ponto
dado aqui vezenquando só vai ser
arrematado lá na frente”.*

Caio Fernando de Abreu

RESUMO

Nos últimos anos, ainda que de forma incipiente, podemos observar a crescente discussão acerca da inserção da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS). Diversas iniciativas do poder público colocam a profissão em destaque, como por exemplo, a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. As atividades possíveis de registro pelo profissional de Educação Física que alimentam os sistemas de informação em saúde, limitam sua atuação. Este fato tem conseqüências não só para o campo da Educação Física, mas também para os municípios e para o sistema de informações em saúde. Este trabalho trata de analisar documentos relativos ao NASF e ao Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) com objetivo entender que circunstâncias levaram o Ministério da Saúde adotar uma forma de registro para o profissional de Educação Física conflitante com as possibilidades de atuação previstas nas diretrizes do NASF para este mesmo profissional. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou a análise documental como pressuposto metodológico central. O trabalho é apresentado em cinco capítulos: O primeiro trata do marco teórico que a partir da vivência da pesquisadora “desemboca” neste trabalho, apresentando-o como duas margens de um rio: de um lado o SUS, do outro o CONFEF. No segundo capítulo apresento os caminhos traçados para a construção deste estudo. O terceiro e quarto capítulos tratam principalmente da apresentação dos materiais analisados dentro das temáticas organizadas como categorias de análise: O fazer da Educação Física no SUS e o registrar da Educação Física no SUS. O quinto capítulo apresenta as considerações finais. A análise permitiu visualizar uma relação conflitante entre os códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física no âmbito do NASF. Ainda proporcionou visualizar a contradição na indicação de atuação profissional pelo CONFEF em relação ao instrutivo do NASF bem como uma interferência corporativa no campo da saúde. Esta interferência se reflete nas recomendações para o campo da saúde que o CONFEF estabelece e reitera a ideia de medicalização das práticas corporais que não parece estar em consonância com o que o NASF propõe.

Palavras-chave: educação física, classificação brasileira de ocupações, práticas corporais, sistema único de saúde.

ABSTRACT

In recent years, though incipiently, we can observe an increasing discussion about the insertion of Physical Education in the Brazilian Public Health System (SUS). Several government initiatives put emphasis on the profession, such as the National Policy on Health Promotion (PNPS) and the Support Centers to Family Health (NASF). The NASF aim to support, expand, improve health care and management in Primary Care/Family Health. The possible registration activities of the professional in Physical Education, that feed health information systems, limit its performance. This has consequences not only for the Physical Education, but also for the towns and for the health information system. This paper concerns in analyzes documents related to the NASF and to the Brazilian Federal Council of Physical Education (CONFEF) in order to understand what circumstances led the Ministry of Health to adopt a form of registration for professional in Physical Education that conflicts with the possibilities of performance specified in the guidelines for this same professional in NASF. This is a qualitative research that used document analysis as central methodological assumption. The study is presented in five chapters: the first deals with the theoretical framework that, from the experience of the researcher, "leads" in this work, presenting it as two banks of a river: on one side the SUS, the other the CONFEF. In the second chapter I present the paths traced to the construction of this study. The third and fourth chapters deal mainly the presentation of the materials analyzed within the thematic organized as categories of analysis: The making of Physical Education in SUS and the register of Physical Education in SUS. The fifth chapter presents the final considerations. The analysis allowed seeing a conflicting relation between the codes of the Brazilian Classification of Occupations (CBO) and the possible registration procedures by professional in Physical Education under the NASF. Also provided visualize the contradiction in the indication of professional performance by CONFEF in relation to the NASF instructive, such as a corporate interference in the health field. This interference is reflected in the recommendations for the health field that CONFEF reiterates and establishes the idea of medicalization of body practices that do not seem to be in line with what the NASF proposes.

Keywords: Physical education, Brazilian Classification of Occupations, Unified Health System, Bodily Practices.

RESUMEN

En los últimos años, aunque de forma incipiente, podemos observar la creciente discusión acerca de la inserción de la Educación Física en el Sistema Único de Salud (SUS). Diversas iniciativas del poder público colocan la profesión en destaque, como por ejemplo, la Política Nacional de Promoción a la Salud (PNPS) y los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF). Los NASF tienen por objetivo apoyar, ampliar, perfeccionar la atención y la gestión de la salud en la Atención Básica/Salud Familiar. Las posibles actividades de registro por el profesional de Educación Física que alimentan los sistemas de información en salud, limitan su actuación. Este hecho tiene consecuencias no sólo para el campo de la Educación Física, sino también para los municipios. Este trabajo trata de analizar documentos relativos al NASF y al Consejo Federal de Educación Física (CONFEF) con el objetivo de entender las circunstancias que llevaron al Ministerio de la Salud de Brasil a adoptar una forma de registro para la educación física en conflicto con las posibilidades de rendimiento proporcionados en las directrices de lo NASF para este profesional. Se trata de un estudio cualitativo que utilizó el análisis de documentos como metodología central. El trabajo se divide en cinco capítulos: el primero se refiere al marco teórico de la experiencia del investigador "conduce" en este trabajo, presentándolo como dos orillas de un río: por un lado el SUS, el otro el CONFEF. En el segundo capítulo presento los caminos trazados para la construcción de este estudio. Los capítulos tercero y cuarto se ocupan principalmente de la presentación de los materiales analizados dentro de la temática organizada como categorías de análisis: La práctica de la Educación Física en el SUS y el registro de la Educación Física en el SUS. El quinto capítulo presenta las consideraciones finales. El análisis permitió ver una relación conflictiva entre los códigos de la Clasificación Brasileña de Ocupaciones (CBO) y los procedimientos de registro de los posibles Educación Física profesional para lo NASF. También se proporcionan visualizar la contradicción en la declaración de lo instructivo de lo CONFEF en relación con lo NASF y la interferencia corporativa en el campo de la salud. Esta interferencia se refleja en las recomendaciones para el campo de la salud que CONFEF establece y reafirma la idea de la medicalización de las prácticas corporales que no parecen estar en consonancia con lo que el NASF propone.

Palabras clave: educación física, Clasificación Brasileña de Ocupaciones, salud pública, prácticas corporales, sistema único de salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quadro de CBO dos Profissionais do NASF I.....	20
Quadro 2 - Busca textual sobre as especialidades dos profissionais de educação física em relação à CBO	56
Quadro 3 - Relação entre as especialidades da educação física pelo CONFEF e ocupações da educação física pelo MTE	69
Quadro 4 - CBO vs procedimentos possíveis de registro	70
Quadro 5 - CBO professor de educação física no ensino superior vs procedimentos possíveis.....	73
Quadro 6 - Profissionais de educação física registrado no CNES no RS	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
ACSM – American College of Sports Medicine
APS – Atenção Primária em Saúde
CAB – Cadernos de Atenção Básica
CAB – Cadernos de Atenção Básica
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CDC – Centers for Diseases Control and Prevention
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONFED – Conselho Federal de Educação Física
CREF – Conselho Regional de Educação Física
ESEF – Escola de Educação Física
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial
MEC – Ministério da Educação
MNCR – Movimento Nacional Contra a Regulamentação
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
SF – Saúde da Família
SIA/SUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 AS DUAS MARGENS DO RIO	24
1.1 O SUS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	24
1.2 A BARRA DA ATIVIDADE FÍSICA E DAS PRÁTICAS CORPORAIS.....	31
1.3 AS INGERÊNCIAS CORPORATIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE.....	36
1.4 O SISTEMA CREF/CONFED E A EDUCAÇÃO FÍSICA NA LÓGICA DA DOENÇA	42
2 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	51
3 O FAZER DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS: AS DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	57
4 O REGISTRAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS	65
4.1 CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES	65
4.2 CBO vs. PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA: UMA RELAÇÃO CONFLITANTE	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	84
APÊNDICE A – TESES E DISSERTAÇÕES PESQUISADAS PARA A METODOLOGIA.....	90
APÊNDICE B - RESULTADOS DA PESQUISA POR PALAVRAS-CHAVE RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS DE ANÁLISE NA BASE DE DADOS SABI (UFRGS).	91
APÊNDICE C - RESULTADOS DA PESQUISA POR PALAVRAS-CHAVE RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS DE ANÁLISE NO PORTAL PERIÓDICOS DA CAPES.	93
ANEXO A - PROCEDIMENTO ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA	94
ANEXO B - PORTARIA N. 154/GM MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 24 DE JANEIRO DE 2008.....	96
ANEXO C - PORTARIA N.409/SAS/MS MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 23 DE JULHO DE 2008 (REPUBLICAÇÃO)	100
ANEXO D - REPORTAGEM SOBRE ATUAÇÃO DO CREF/RS EM FISIOTERAPEUTA DE PORTO ALEGRE.....	102
ANEXO E - CARTA DO PROFESSOR HERMÓGENES PARA O II ENCONTRO PEDAGÓGICO PROMOVIDO PELA CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE YOGA DO BRASIL.	104

APRESENTAÇÃO

Ingressei na Escola de Educação Física da UFRGS em 1996 influenciada por quatro anos de prática de caratê, que me levaram a participar de competições nacionais. Na época, não tinha pretensão nenhuma de seguir como professora ou treinadora de caratê, e nem sabia em que “ramo” da Educação Física eu poderia vir a atuar. Ingressei no curso apenas por estar muito envolvida com a temática das práticas corporais, como praticante, o suficiente para eu acreditar que se tratava da melhor escolha naquele momento.

Durante a maior parte de minha graduação no curso de Licenciatura da Escola de Educação Física da UFRGS (ESEF-UFRGS), envolvi-me com atividades de iniciação científica, relacionadas às temáticas da fisiologia do exercício e biomecânica das atividades aquáticas, em especial, à hidroginástica. Paralelo a isso, ainda buscava atividades de estágio em academias de ginástica e musculação, que se tornaram, alguns meses depois, minha fonte de renda principal naquele momento. Com isso, passei quase os quatro anos de graduação acumulando certa experiência na área do treinamento físico e da “modelagem” corporal, bem como no campo da pesquisa, tendo contato regular com mensuração de dados relativos a parâmetros fisiológicos e biomecânicos.

Em diversos momentos nesta trajetória me senti angustiada, desmotivada e sem vontade de continuar o curso de graduação. Desisti de várias disciplinas, não cumpria as atividades propostas pelos professores e já não aproveitava algumas oportunidades que me eram oferecidas a fim de alavancar minha carreira como futura profissional de Educação Física. Para aumentar o grau de incertezas, entrei com a expectativa de me tornar professora de Educação Física, já que havia prestado vestibular para Licenciatura, mas no meio do caminho, com a implantação do curso de Bacharelado na ESEF, em 2005, a figura do “Profissional de Educação Física” assombrava minha primeira escolha. Infelizmente, só na época do estágio curricular obrigatório consegui me dar conta que estava em crise com a Educação Física tal qual me foi apresentada durante a graduação. Ainda faltando várias disciplinas para conclusão de curso, mas mesmo assim podendo fazer o estágio obrigatório devido às confusões do currículo na época e com boas possibilidades de trabalho como professora de ginástica, sentia-me “fora do lugar”. O lugar que eu acreditava encontrar próximo à formatura, podendo então afirmar que “é isso (ou

aquilo) que eu gostaria de fazer como professora de Educação Física”, mas não conseguia encontrar em mim essa certeza. Estava prestes a me formar e não sabia em que campo de atuação eu me inseriria. Demorei a perceber que toda aquela energia depositada para construir uma carreira durante o curso de graduação já não “tinha mais lugar” na minha vida.

O único ponto de contato com a Educação Física era o meu envolvimento com a ioga, cuja prática iniciei durante minhas andanças pelas academias como professora de ginástica. Uma fagulha de energia que de algum modo me fazia seguir o curso. Desestimulada também pela precarização do trabalho em relação à contratação de estudantes para ocuparem o lugar de professores formados, ministrando aulas de ginástica e sem vínculo de estágio ou de trabalho, somado ao fato de que o meio no qual eu estava inserida como bolsista de iniciação científica não respondiam mais às minhas indagações, levaram-me a trancar o curso de Educação Física e rever as questões ligadas à vida (a minha!).

Decidi que estudaria ioga a fundo e, quem sabe, na melhor das hipóteses, poderia trabalhar como professora desta prática, já que na época era uma das poucas atividades que me agradava. Procurava algo que me levasse a pensar a prática de ioga como cuidado em saúde e encontrei o *Krishnamacharya Healing and Yoga Foundation*¹ (de Chennai/Índia), cujo mestre/professor a ensinava de forma conjunta ao conhecimento da medicina aiurvédica. A única escola no Brasil vinculada a esta instituição, e habilitada a formar professores em um curso com três anos de duração, ficava justamente em Porto Alegre. Matriculei-me, cursei os três anos e ali obtive meus primeiros ensinamentos sobre as ideias de cuidado, integralidade, singularidade, alteridade e, principalmente, uma ideia de saúde que era muito diferente da que eu havia tido contato em minha graduação. Conviver com pessoas que tinham um olhar diferenciado daquele que me foi apresentado na ESEF sobre as práticas corporais, sobre o cuidado em saúde e sobre “as humanidades de forma geral, levaram-me a perceber que, sim, existia outra perspectiva de atuação para mim, como professora de Educação Física.

O meu “encontro” com as questões relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS) só aconteceu nesse retorno ao curso de Educação Física, durante a construção do meu trabalho de conclusão de curso. Ao me deparar com a Política

¹ <http://www.khyf.net>

² Termo utilizado no Brasil para a Atenção Primária em Saúde, por incorporar os princípios da Reforma Sanitária. É uma estratégia de organização da atenção à saúde que integra ações

de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) de 2006, ano em que me graduei na ESEF, vislumbrei a potencialidade de um profissional de Educação Física formado em outra lógica, aquela que eu havia conhecido de certa forma no curso de formação em ioga e que acreditava ser possível na universidade. A lógica da humanização, de perceber que as pessoas têm desejos, vontades e potencialidades diferentes, e que isso seria o ponto de partida para minha prática, foi o maior estímulo para concluir o curso de Educação Física. Afinal, se tratando de uma política pública de saúde, não seria também papel da universidade possibilitar formação de profissionais em consonância com as propostas do sistema de saúde do Brasil (que é público e único)?

Durante minha graduação, não tive contato com as políticas de saúde, nem pelas disciplinas oferecidas, nem pelos “encontros da vida”. Meu encontro com o SUS foi no semestre do trabalho de conclusão, depois de uma história de trancamentos de semestre e desistências de disciplinas. Após a formatura em 2006, iniciei minha busca por inserções em grupos que me possibilitassem aprender sobre SUS. Demorei certo tempo para encontrar atividades que me remetessem ao estudo das questões relativas ao Sistema de Saúde, pois meu primeiro movimento foi de questionar alguns colegas da Educação Física acerca da temática do SUS e, por desconhecerem o assunto, achavam este tema irrelevante. Isso não se deu apenas com os colegas, mas também no questionamento direto a alguns poucos professores que eu tinha contato. Na época, acreditava que o problema estava apenas na formação em Educação Física, mas de fato não existia um diálogo profuso com o campo da saúde.

Em 2007, participei do projeto *Integralidade da Atenção à Saúde* cujo objetivo era promover a formação de estudantes de graduação sobre o tema integralidade na atenção em saúde, contribuindo para a mudança nos cursos de graduação das profissões da área da saúde, no sentido de aproximá-los do campo de atuação do SUS e prepará-los para o trabalho em equipe interdisciplinar (PICCININI, 2010). Esta vivência me aproximou de professores e alunos implicados nas atividades de orientação e formação para o SUS. O projeto teve duração de aproximadamente um semestre letivo.

No ano seguinte, ingressei no curso de especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva, organizado e coordenado pelo Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), junto à Faculdade de

Educação (FACED) da UFRGS. Estava muito interessada em me aproximar da Atenção Básica², mas na época não encontrei curso de especialização em Saúde Coletiva ou em Saúde da Família ligado à UFRGS. Logo, considerando a carga horária oferecida pelo curso da FACED, supracitado, da relevância do corpo docente e da integração com os alunos da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, optei por deixar a aproximação com a Atenção Básica para um pouco mais a frente por vislumbrar o quanto poderia aprender com aqueles docentes e discentes sobre a saúde que eu estava procurando desde o TCC.

Durante o segundo ano da especialização, ingressei via vestibular na primeira turma do curso de graduação em Análises de Políticas e Sistema de Saúde (Bacharelado em Saúde Coletiva) da UFRGS³. Minha intenção inicialmente era, na falta de um curso de especialização em Saúde Coletiva, tentar encontrar neste curso de graduação elementos suficientes para me ajudar nas “andanças e entendimentos” da saúde.

Em março de 2010, iniciei minhas atividades como “educadora física”⁴ do então chamado, carinhosamente pela coordenadoria de Saúde da Família (SF), “embrião de NASF” (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) de Sapucaia do Sul - cidade pertencente à região metropolitana de Porto Alegre/RS. Nessa época, Sapucaia contava com 13 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) cobrindo aproximadamente 30% da população. Contava ainda com 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma unidade móvel de atendimento.

O NASF é, de maneira geral, uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam “em conjunto com os profissionais das equipes de SF⁵, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF” (BRASIL, 2010a, p.7). Considerando a

² Termo utilizado no Brasil para a Atenção Primária em Saúde, por incorporar os princípios da Reforma Sanitária. É uma estratégia de organização da atenção à saúde que integra ações preventivas, curativas e de promoção, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA, 2009).

³ O primeiro vestibular para o curso de Bacharelado em Saúde Coletiva na UFRGS aconteceu em 2009 juntamente com o curso de Fisioterapia e Licenciatura em Dança.

⁴ Esta “titulação” para o profissional de educação física é comumente usada nos serviços de saúde. Da Ros, Vieira e Cutolo (2005) e Almeida, Montagner e Gutierrez (2009) também utilizam esta expressão em seus artigos.

⁵ A Saúde da Família “é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde” (BRASIL, 2011a).

*integralidade*⁶, um dos princípios doutrinários do SUS, “que se destina a conjugar as ações direcionadas à materialização da saúde como direito e como serviço” (PINHEIRO, 2009), onde os profissionais de saúde se relacionam com sujeitos e não objetos (MATTOS, 2004), uma equipe constituída por diferentes profissionais atuando junto às equipes de SF, neste caso o NASF, possibilita a interação de diferentes “olhares”, propondo novos arranjos e possibilidades no cuidado dos usuários.

Era chamado de “embrião de NASF” por ainda não estar habilitado na época. Sapucaia do Sul optou por contratar dois profissionais para por em prática a proposta do NASF antes mesmo de conseguir a habilitação. A escolha das duas profissões foi feita pela coordenadoria de SF com base na demanda que a secretaria municipal de saúde encontrava em relação ao desenvolvimento de alguns projetos junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Por isso, uma nutricionista e uma professora de Educação Física foram as primeiras a serem contratadas. Além de dar andamento aos projetos, que tinham proximidade com o conhecimento técnico de cada profissão (projetos relacionados a práticas corporais e nutrição), o desafio lançado a nós era o de estudar as portarias do NASF, o instrutivo (*Cadernos de Atenção Básica*, n.27) e, com a equipe da coordenadoria da ESF, entender o que se espera desse serviço, idealizar o NASF de Sapucaia do Sul e colocar em prática esta construção junto às equipes e gestão.

Iniciar um NASF não era somente uma novidade para mim, mas também para o serviço de saúde do município de uma forma geral, e para as equipes da ESF de um modo específico. Em conjunto a esse “pensar” sobre a construção do NASF, organizamos a agenda para conhecer os territórios de cada ESF e planejar a execução do primeiro projeto de promoção da saúde a ser colocado em prática, intitulado *Cooperando para uma vida melhor*. Consistia, de forma geral, em oficinas de práticas corporais e de alimentação e nutrição, ministradas pelas equipes de Saúde da Família (SF), com apoio do NASF, nas escolas municipais que pertenciam à área de abrangência de cada equipe. Na primeira etapa, fazíamos oficinas com a equipe de SF em suas unidades, em horário acordado com essa equipe, de forma a

⁶ “Na experiência, a ‘integralidade’ ganha o sentido mais ampliado de sua definição legal, ou seja, pode ser concebida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema” (PINHEIRO,2009).

abordar os temas através de jogos cooperativos⁷, instigando a capacidade crítica de todos os participantes para pensar como seria trabalhar as atividades propostas na escola. Assim, as conversas giravam em torno de pontos relevantes para a equipe sobre o processo de aprendizagem de algo, que eles mesmos relatavam como “novo”, fora do seu cotidiano do trabalho. Neste caso, abordar temáticas da promoção da saúde com as crianças de forma lúdica e planejada.

Já em nossa primeira intervenção junto à equipe de SF, fomos instruídas pela coordenadoria da ESF a registrar as atividades executadas nas “Fichas de Atendimento Ambulatorial” (FAA), usadas comumente pela Atenção Básica do município. Esses registros alimentam o sistema de informações dos municípios, bem como referenciam as atividades executadas pelo serviço municipal de saúde à esfera estadual e federal para o recebimento das verbas destinadas a tais atividades. Dentre os diversos dados necessários ao correto preenchimento das FAA, é relevante destacar o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) e o código da tabela de procedimento do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS).

O primeiro refere-se ao código de atividade profissional sob o qual cada profissional que atua no SUS é credenciado pelo município no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A CBO é regulada pelo Ministério do Trabalho (MTE), o que leva o Ministério da Saúde a adotá-la como referência para os códigos profissionais de cada área no âmbito do SUS.

O segundo diz respeito aos “procedimentos” – utilizando o termo impresso na FAA – executados pelos profissionais da equipe nos serviços. Cada procedimento tem, também, um código próprio. Esses códigos são organizados pelo SIA/SUS que se constituiu em instrumento fundamental às gestões federal, estadual e municipal do SUS. Desde sua implantação, tem por finalidade registrar os atendimentos/procedimentos/tratamentos (considerados como sinônimos no Manual Operacional do SIA/SUS) realizados em cada estabelecimento de saúde no âmbito ambulatorial (BRASIL, 2010b).

Cabe salientar que existe uma relação entre os códigos de CBO e os códigos dos procedimentos a serem registrados. O Sistema não aceita o registro de um *código de procedimento* para um *código de CBO* (leia-se profissional) que não esteja

⁷ Atividades lúdicas que requerem um trabalho em equipe, com o objetivo de alcançar metas mutuamente aceitáveis (AMARAL, 2007).

“autorizado” para execução de tal procedimento. Por exemplo: o código de CBO de um terapeuta ocupacional não é compatível com o registro de procedimento de um exame preventivo de colo de útero. Então, presume-se que o exame de colo de útero não faça parte dos procedimentos que o terapeuta ocupacional pode realizar, muito menos registrar, já que esta prática não compõe o saber específico desta profissão.

Por outro lado, alguns procedimentos podem ser registrados por mais de um código de CBO, ou seja, por profissionais de áreas de conhecimento diferentes. Para exemplificar, destaco o procedimento “Atividade educativa/orientação em grupo na atenção básica” (ANEXO A). É possível de ser executada/registrada por 57 diferentes códigos de CBO⁸. Parece coerente, pois atividades educativas como as rodas de conversas acerca de diferentes temas são transversais (perpassam as diferentes profissões da saúde), independentemente do saber técnico de cada profissão.

Ao necessitar registrar os procedimentos das atividades que realizava no “embrião de NASF” de Sapucaia do Sul, recebi a orientação da coordenadoria para usar um código da CBO que me causou certa estranheza à época. Deveria registrá-las sob o código “2344-10 – Professor de Educação Física no ensino superior”. Logo passei a me questionar: mas por que, afinal, era cabível para as práticas efetivamente desempenhadas por um profissional da Educação Física a utilização de um código de CBO relacionado ao ensino superior e não aos serviços de saúde? Encaminhei esta questão às pessoas responsáveis pelo Sistema de Informação do município e lá me informaram que a relação existente entre os procedimentos de promoção à saúde, comumente registrados pelos profissionais da ESF, e os códigos de CBO da Educação Física eram conflitantes. Só era possível registrar procedimentos como “Atividade Educativa/orientação em grupo na Atenção Básica”, “atendimento em oficina terapêutica na saúde mental”, “ aferição de pressão arterial” entre outros, se fosse usado o código de CBO 2344-10⁹. Sendo as atividades de um NASF, em sua grande maioria, de matriciamento¹⁰, a coordenadoria entendia que

⁸ Em consulta realizada no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP) em 05/10/2010, eram 54 CBOs possibilitados a realizar o registro desta atividade. Em consulta realizada em 11/06/2012 são 57 CBOs que podem registrar o mesmo procedimento.

⁹ Este código de CBO refere-se à “Professor de Educação Física no ensino superior”. Para os registros de procedimentos próximos à atividades de educação em saúde, também poderíamos optar por “Profissional de Educação Física no ensino médio”.

¹⁰ Tratarei deste tema especificamente na primeira seção do capítulo 1.

era necessário o registro de certos procedimentos como os anteriormente citados. O trabalho que estávamos desenvolvendo era muito mais próximo das atividades de educação, logo, o uso do código referido acima parecia ser a opção conveniente.

As explicações me fizeram entender que aquela era uma solução emergencial para resolver um problema operacional do serviço, mas que também deixava transparecer certa dissonância entre o fazer e o registrar no trabalho dos profissionais da Educação Física no SUS. A motivação para explorar os documentos que legitimam essa forma de registro, bem como entender e problematizar a forma de uso dos CBOs da Educação Física nos serviços de saúde, somado as indagações de trabalhadora-pesquisadora que estavam presentes no cotidiano de meu trabalho, foram construindo o percurso até o problema de pesquisa que será apresentado adiante.

Através dos estudos para a construção do NASF de Sapucaia do Sul tive o primeiro contato com a Portaria n. 409/SAS/MS de 23 de julho de 2008. Esta portaria traz algumas orientações para o preenchimento de dados operacionais relativos ao NASF. No item 5, por exemplo, constam orientações sobre a caracterização da equipe: profissionais, carga horária obrigatória, equipe mínima de cada NASF, etc. É lá que encontramos uma lista de códigos de CBO que devem ser utilizados pelas equipes de NASF. Para listar os códigos da CBO, a portaria apresenta uma tabela que divide os profissionais em três grupos: 1) Profissionais em geral, 2) Profissionais de Educação Física e 3) Psicólogo.

Quadro 1 - Quadro de CBO dos Profissionais do NASF I

Grupos de profissionais	Descrição	CBO
Profissionais em Geral	Assistente Social	2516-05
	Farmacêutico	2234-05
	Fisioterapeuta	2236-05
	Fonoaudiólogo	2238-10
	Médico Acupunturista	2231-01
	Médico Ginecologista	2231-32
	Médico Homeopata	2231-35
	Médico Pediatra	2231-49
	Médico Psiquiatra	2231-53
	Nutricionista	2237-10
	Terapeuta Ocupacional	2236-20
Profissionais de Educação Física	Avaliador Físico	2241-05
	Ludomotricista	2241-10
	Preparador de Atleta	2241-15
	Preparador Físico	2241-20
	Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceto Futebol)	2241-25
	Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva	2241-30
	Treinador de Futebol	2241-35
Psicólogo	Psicólogo Clínico	2515-10
	Psicólogo Social	2515-30

Fonte: Portaria n. 409/SAS/MS, de 23 de julho de 2008.

Quando um NASF é habilitado no município é possível cadastrar junto ao CNES apenas uma ocupação para cada profissional da Educação Física. Não há um CBO genérico, como, por exemplo, a própria titulação de “profissional de Educação Física” para cadastro. O município deve fazer uma escolha entre as sete ocupações descritas na Portaria n.409/2008.

Não se exclui a possibilidade de intervenção com atividades específicas de cada ocupação na Atenção Básica (por exemplo, um jogo de futebol, ou avaliação física, ou atividades recreativas, etc.), mas, devido ao cotidiano de trabalho no SUS e ao enfrentamento de diferentes problemas em saúde, causa estranhamento a escolha de apenas uma ocupação que parece estar vinculada apenas àquelas atividades específicas no qual a titulação relaciona. A sensação que se tem é a de que as informações parecem estar desencontradas.

A Estratégia de Saúde da Família tem como principal propósito “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de

vida da população” (BRASIL, 2010a)¹¹. Esses desencontros podem interferir nas práticas de cuidado e no conhecimento que vem sendo produzido na área da saúde, para formulações de políticas públicas, no momento que impedem registro das ações pelos municípios e redirecionam as ações apenas “para o que é possível registrar”. Para Nozoe (2003, p.245) “a elaboração de políticas públicas consistentes com a nossa realidade socioeconômica depende da qualidade da informação que recebem seus formuladores”. E também é relevante problematizar o que aquelas nomenclaturas de especialidades da Educação Física na CBO comunicam aos gestores, trabalhadores e usuários.

Os códigos da CBO que a Portaria n. 409/2008 traz como específicos do profissional da Educação Física no NASF “embaralham” as ideias daqueles que entendem saúde como produção social.

O NASF, como organismo vinculado à equipe de SF, compartilha tais desafios e necessita de profissionais que entendam a complexidade do cotidiano do trabalho. A palavra “complexidade” relacionada aos serviços de saúde está associada à sofisticação tecnológica não só no senso comum, mas também na cultura de planejamento da saúde (FERLA, 2005) como, por exemplo, à dos grandes hospitais, que tem densidade técnica e científica, muitas vezes considerados “de alta complexidade”:

Essa associação fez com que se constituísse um imaginário coletivo que atribui um juízo de valor, o valor de consumo dessa sofisticação tecnológica: o procedimento com maior densidade tecnológica seria mais forte, o melhor de ser consumido; o hospital seria melhor para o atendimento do que a unidade básica de saúde; o profissional médico seria invariavelmente mais importante do que o agente comunitário de saúde, por ter mais formação técnica (FERLA, 2005, p. 19).

Na perspectiva que compartilho neste trabalho, o mais complexo é o que está na ponta do sistema, ou seja, nos serviços de Atenção Básica, onde os problemas são pouco estruturados (um problema similar pode ter muitas explicações) e que, portanto, um conhecimento técnico especializado não consegue responder tão bem.

(...) em termos de complexidade assistencial e de gestão, quem atua na atenção primária deve ter maior capacidade de combinar diferentes conhecimentos técnico-científicos e saberes e de mobilizar diferentes tipos de recurso. Portanto, quando se diz que a gestão do cuidado deve ser feita

¹¹ O tema acerca do SUS e da ESF será mais bem apresentado no capítulo 2 deste trabalho.

pela atenção primária, se está, de certa forma, reconhecendo essa capacidade de trabalho mais complexa da “ponta” e mais capaz de se relacionar com os problemas de saúde da forma como eles aparecem para as pessoas (FERLA, 2005 p.20).

É compartilhando conhecimento com a equipe desta “ponta” que o profissional do NASF vai desenvolver seu trabalho. Logo, entrará em contato com os desafios que a equipe de saúde enfrenta no dia a dia buscando a resolutividade¹² desses problemas. Considerando a demanda do sistema e essa complexidade do cotidiano, não seria simplificar demasiadamente o fazer da Educação Física no SUS a partir do olhar para estas possibilidades de registro de CBO, relacionados na tabela publicada na Portaria n. 409/2008? Quando um NASF é habilitado pelo Ministério da Saúde, ou seja, passa a existir como serviço de saúde no sistema e recebe verba para isso, se torna impossível cadastrar um profissional da Educação Física com código de CBO diferente dos listados na Portaria n. 409/2008.

No serviço em Sapucaia do Sul, quando ainda o NASF não havia sido habilitado, era possível o registro de minha atuação profissional no CNES como “professor de Educação Física no ensino superior”. Esse CBO me possibilitava, além do já referido e relevante procedimento “Atividade Educativa/Orientação em Grupo na Atenção Básica”, inúmeros outros procedimentos. No momento em que o NASF é habilitado, o cadastro no CNES tem que ser alterado para um dos códigos de CBO indicados, caso contrário o sistema acusa um erro, o que limita os registros de procedimentos para o profissional de Educação Física. O uso da informação em saúde parece se tornar menos eficiente em relação a comunicar as atividades realizadas, pois as especialidades listadas pela Portaria n. 409/2008 possibilitam de 1 a 3 procedimentos apenas e, em nenhum deles é possível registrar atividades educativas efetivamente realizadas que não se enquadram na intervenção direta das práticas corporais.

Da forma como estão estruturados, não podemos desconsiderar o efeito que esses registros podem exercer sobre as demandas do SUS passíveis de serem atendidas por quem trabalha no campo da saúde em nome da Educação Física.

De acordo com a última consulta que realizei na Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde (BRASIL, 2012a)¹³ há 1.783 NASF no Brasil, com uma tendência ao crescimento deste número nos próximos anos. Por esse motivo, é

¹² Pode ser entendida como a capacidade de resolver os problemas do usuário.

¹³ Disponibiliza informações para subsidiar a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento.

sempre oportuno e relevante problematizar questões relativas à sua implantação, formas de organização do trabalho e registro das ações em saúde, pois elas têm efeito sobre o que os municípios estão informando às demais esferas da gestão (estadual e federal) e, conseqüentemente, ao retorno político-econômico que possam advir deste registro, bem como sobre a formação de profissionais mais críticos em relação a sua atuação no campo da saúde.

Considerando a Portaria n.154/GM, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, que cria os NASF, propondo um serviço em consonância com os princípios do SUS, e a Portaria n.409/SAS/MS, de 24 de julho de 2008, que estabelece forma de registro do profissional de Educação Física, tomo como elemento direcionador deste trabalho a seguinte questão: Que circunstâncias levaram o Ministério da Saúde a adotar uma forma de registro para o profissional de Educação Física conflitante com as possibilidades de atuação previstas nas diretrizes do NASF para este mesmo profissional?

A partir das questões já apresentadas, desenvolvo este trabalho estruturado em cinco capítulos. O primeiro trata do marco teórico que a partir da vivência da pesquisadora “desemboca” neste trabalho, apresentando-o como duas margens de um rio: de um lado o SUS, do outro o CONFEF. No segundo capítulo apresento os caminhos metodológicos traçados para a construção deste estudo. O terceiro e quarto capítulos tratam principalmente da apresentação dos materiais analisados dentro das temáticas organizadas como categorias de análise: O fazer da Educação Física no SUS e o registrar da Educação Física no SUS. O quinto capítulo apresenta as considerações finais.

1 AS DUAS MARGENS DO RIO

1.1 O SUS E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O SUS é a maior política de inclusão social do Brasil. Nasceu a partir do Movimento pela Reforma Sanitária, que se organizou e se consolidou principalmente durante os anos de 1970 e 1980, como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar, tendo como bandeira principal a defesa do direito cidadão à saúde (CECCIM, 2007). Compreende um conjunto articulado e organizado dos serviços e das ações em saúde e também o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, bem como o setor privado de saúde, para a prestação de serviços aos usuários em caráter complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS, 2012).

Tem como princípios doutrinários a Universalidade, Integralidade e Equidade. A Universalidade assegura o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde ofertados pelo sistema. A Integralidade pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e coletividades, bem como o acesso ao conjunto de ações e serviços de saúde que visam promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e dos coletivos. A Equidade em saúde está relacionada a um debate atual em relação à Igualdade (VASCONCELOS, 2012). Igualdade significaria a distribuição homogênea, a cada pessoa, de uma mesma quantidade de bens ou serviços, enquanto Equidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas (ESCOREL, 2009). Isto se traduz no reconhecimento dessas diferenças no acesso aos serviços e cuidado em saúde. A participação popular também é um princípio importante do SUS, postulado assim como os demais pelo movimento da Reforma Sanitária¹⁴ e expressos na VII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (NASCIMENTO, 2010).

A organização do SUS se deu a partir da Atenção Primária em Saúde (APS), que no Brasil recebeu a denominação de Atenção Básica por incorporar princípios da Reforma Sanitária, “para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (MATTA, 2009).

¹⁴ Movimento social dos anos 1970 e 1980 que teve como bandeira principal a defesa do direito cidadão à saúde (CECCIM, 2007).

A APS vem sendo apresentada “como uma estratégia de organização da atenção à saúde, voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população” (MATTA, 2009).

[...] o nível do sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção à pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção a todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2012, p. 786).

Com a constituição do SUS e sua regulamentação (Lei n. 8.080), a Atenção Básica torna-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Sua concepção incorpora os princípios do SUS, principalmente de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular (MATTA, 2009), e, em 2006, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A Atenção Básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por estabelecer relações contínuas com a população, devendo buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade dos problemas em saúde, e o fortalecimento da autonomia das pessoas em relação ao cuidado em saúde, estabelecendo relações com o conjunto da rede de serviços (CECCIM, 2004a).

Para Matta (2009), a principal estratégia de configuração da Atenção Básica no Brasil, atualmente, é a Saúde da Família (SF) que tem recebido importantes incentivos financeiros do governo. Um exemplo atual¹⁵ que demonstra este incentivo é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) que procura induzir ações que possam ampliar a capacidade de oferta de serviços que assegurem maior acesso e qualidade de acordo com as necessidades concretas da população. A ampliação dessas capacidades de oferta diz respeito tanto às equipes de Atenção Básica, quanto à capacidade das gestões federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2012b).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1994 objetivando reorganizar a assistência à saúde e o processo de municipalização dos serviços,

¹⁵ Em julho de 2012 as equipes de avaliadores do PMAQ percorrem as unidades de saúde da Atenção Básica em diversos municípios do Brasil realizando a etapa de avaliação externa do Programa. (Fonte: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/>)

fortalecendo as ações do SUS e consolidando seus princípios (SOUZA, 2011; ANDRADE, 2012). Ao mesmo tempo em que a implantação da ESF causou impacto pelo comprometimento de recursos federais para a expansão da rede assistencial dos municípios e também pela autonomia dos mesmos na orientação da estratégia (alocação de recursos, escolha de profissionais, etc.), a ESF também impôs novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a proposta (ANDRADE, 2012).

A ESF é entendida por Andrade (2012) “como um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal” (ANDRADE, 2012). Aprofunda os processos de territorialização¹⁶ e responsabilidade sobre o cuidado dos usuários pelas equipes de saúde, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Trabalha prioritariamente no desenvolvimento de ações de promoção de prevenção e recuperação da saúde de forma integral e contínua.

O trabalho desta equipe é referência para o cuidado da população adscrita – famílias residentes do território físico coberto por aquela equipe de saúde. Existe um número definido de domicílios e famílias que são assistidos por equipe de ESF (MATTA, 2009). Cada equipe pode ser responsável pela cobertura de cerca de 800 famílias residentes em território urbano ou rural. Um profissional possível também de compor a equipe de ESF é o odontólogo, pois existe um esforço nas ações governamentais para inseri-lo na equipe e contemplar as questões relacionadas à saúde bucal (ANDRADE, 2012).

Nascimento (2010) afirma que o papel da ESF foi reafirmado na Política Nacional da Atenção Básica tomando a Atenção Básica como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Vale ressaltar que propostas como a ESF quando bem-estruturadas e organizadas tendem a diminuir os custos em seus procedimentos com pessoal, internações hospitalares e tecnologias (VASCONCELOS, 1998 *apud* SANTANA; CARMAGNANI, 2001, p.46).

¹⁶ Território, para cadastramento de famílias em uma área de abrangência de uma equipe de ESF é, de maneira geral, uma área física delimitada. Mas ao pensar no cuidado do usuário, território pode ser entendido, também, como um território construído pelas relações políticas, culturais e afetivas; por inscrição de sentidos, por movimento e por pertencimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004c; GONDIM; MONKEM, 2009).

Dada a importância da ESF na Atenção Básica e o esforço contínuo das ações governamentais para melhorar o acesso e o cuidado da população, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF), pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM n.154, de 24 de janeiro de 2008, ampliando as ações da ESF por incorporar profissões que até então não estavam inseridas nesta estratégia.

O NASF é uma equipe, composta basicamente por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuam junto às equipes de SF, compartilhando as práticas de cuidado em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes.

Existem duas modalidades de NASF, se diferenciando basicamente pelo número de habitantes e equipes de ESF que o município possui. O NASF 1 deve conter no mínimo 5 profissionais diferentes que irão compor a equipe. Dentre as elas estão: Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. O NASF 1 trabalhará com, no mínimo 8 equipes de ESF e, no máximo, 20 equipes de ESF. Já na modalidade de NASF 2, a equipe será composta por no mínimo 3 profissionais diferentes, entre eles: Assistente Social, Profissional de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Somente os municípios com densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado poderão implantar o NASF 2 (BRASIL, 2008b).

A composição das profissões da equipe do NASF será definida pelos gestores municipais seguindo critérios de prioridade identificados a partir da demanda da população (necessidades locais) e da disponibilidade das profissões (BRASIL, 2008b). Refletindo sobre a complexidade do trabalho na atenção básica, devido às especificidades dos municípios e suas regiões, e também das singularidades da população, o trabalho em equipe dos diversos profissionais de diferentes áreas propicia novos olhares sobre o cuidado dos usuários, ampliando as possibilidades das práticas tanto na promoção, na prevenção e na recuperação da saúde.

Há nove áreas estratégicas para direcionamento da atuação dos NASF: Saúde Mental; Reabilitação e Saúde Integral da Pessoa Idosa; Alimentação e Nutrição; Assistência Farmacêutica; Serviço Social; Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Práticas Integrativas e Complementares e Práticas Corporais e Atividade Física.

Apesar de o apoio matricial ser formado por um conjunto de profissionais que não tem, necessariamente, relação direta com o usuário, ele compartilha a responsabilidade sobre o cuidado com a equipe de referência. Equipes ou profissional de referência “são aqueles que têm a responsabilidade pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário” (CAMPOS; DOMITTI, 2007). É possível que a equipe do NASF faça atendimento direto ao usuário quando os profissionais, em conjunto, decidirem que é necessário, mas não é a forma prioritária de intervenção. A atuação da equipe do NASF tem como preceito básico o trabalho interdisciplinar e se dá, principalmente, através do apoio matricial, tanto no apoio à atenção (equipes que têm contato direto com usuários do SUS) como também no apoio à gestão.

Apoio matricial em saúde ou matriciamento, como é comumente chamado, é uma metodologia de trabalho que objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Em relação ao NASF a expressão “retaguarda especializada” pode ser entendida como o apoio de diferentes especialidades, que trazem o conhecimento específico de sua profissão para compartilhar com os outros profissionais em direção à resolução dos problemas de saúde dos usuários. Pode ser considerado como um “arranjo organizacional” ou uma “forma de produzir a gestão de trabalho” que objetiva esta integração dialógica entre os profissionais (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Uma situação que pode ilustrar essa ideia do trabalho matricial é quando uma equipe, em uma dada circunstância, não consegue resolver um problema, por exemplo, em um plano terapêutico singular¹⁷, ou ainda na preparação de alguma intervenção em grupos (como um grupo de hipertensos). A equipe, em vez de encaminhar para um serviço secundário do município (como um centro de especialidades ou hospital), solicita o apoio da equipe do NASF, quando entende que esta última pode auxiliar na resolução do problema. O que não for resolvido na rede de Atenção Básica, após esforços empreendidos nessa direção, então deve ser encaminhado a um nível especializado. Mas vale lembrar que muitos dos problemas de saúde podem ser resolvidos na Atenção Básica quando identificados em tempo.

¹⁷ “Um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar”, muito utilizado pela saúde mental (BRASIL, 2010a). É basicamente, o plano de cuidado do usuário, construído em equipe e muitas vezes, também com a participação do próprio usuário.

Campos e Domitti (2007) afirma que “o apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência”, ou seja, o médico, a enfermeira, técnico de enfermagem e odontólogo, “mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso” (CAMPOS; DOMITTI, 2007). As diretrizes do NASF apresentam em seu texto, duas dimensões de suporte do Apoio Matricial, uma assistencial, que irá produzir ação clínica direta com os usuários, e outra técnico-pedagógica, que irá produzir ação de apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2010).

Para Campos e Domitti (2007), existem duas maneiras de estabelecimento do contato entre os profissionais da equipe de referência e a equipe de apoio matricial. Uma delas é a combinação de encontros regulares (semanais, quinzenais ou mais espaçados) entre as duas equipes. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência (equipes de SF) e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Outra de contato direto, em casos urgentes que não podem esperar uma reunião de matriciamento, o profissional de referência aciona o apoio matricial solicitando alguma intervenção ao apoiador (CAMPOS; DOMITTI, 2007). No caso da Educação Física, por ser uma área do conhecimento não diretamente relacionada “à cura”, é pouco provável que um profissional de Educação Física se depare com uma solicitação de urgência, como referido por Campos e Domitti (2007), mas é claro que não podemos desconsiderar tal cenário, já que sempre há possibilidade de reinvenção dos processos de trabalho e da assistência a partir de demandas não consideradas neste trabalho.

Dentro dessas possibilidades de atuação relativas ao apoio matricial, Campos destaca três planos fundamentais de articulação entre equipe de referência e apoiadores:

- a) atendimentos e intervenções conjuntas entre o especialista matricial e alguns profissionais da equipe de referência;
- b) em situações que exijam atenção específica ao núcleo de saber do apoiador, este pode programar para si mesmo uma série de atendimentos ou de intervenções especializadas, mantendo contato com a equipe de referência, que não se descomprometeria com o caso, ao contrário, procuraria redefinir um padrão de seguimento complementar e compatível ao cuidado oferecido pelo apoiador diretamente ao paciente, ou à família ou à comunidade;

c) é possível ainda que o apoio restrinja-se à troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; diálogo sobre alterações na avaliação do caso e mesmo reorientação de condutas antes adotadas, permanecendo, contudo, o caso sob cuidado da equipe de referência (CAMPOS, 2007, p.401).

Lembro que, durante o tempo de trabalho que estive junto ao “embrião de NASF” de Sapucaia do Sul, realizei orientações no grupo de caminhada que já existia em uma das unidades que trabalhávamos em parceira, bem como fazíamos rodas de conversa com a equipe de SF sobre essas propostas, ajudando os profissionais de referência a pensar práticas corporais na unidade sem, necessariamente, ter o profissional de Educação Física em todas as intervenções propostas. Também trabalhamos com práticas corporais, especificamente os jogos cooperativos, envolvendo as equipes em dinâmicas que, mais tarde, as próprias equipes dariam conta nas escolas de sua área de abrangência, em um projeto proposto pelo município de estímulo ao movimento, à cooperação e à alimentação¹⁸. Este trabalho era de intervenção direta com as equipes, auxiliando no planejamento das intervenções na escola e também acompanhando os primeiros momentos de atividade orientada pelas mesmas aos alunos das escolas.

Considerando que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral (CAMPOS; DOMITTI, 2007), e que dentre as estratégias de promoção e prevenção de saúde, as práticas corporais/atividade física têm sido referenciadas nos materiais do Ministério da Saúde e, principalmente no NASF, que elenca a Educação Física como profissão possível de compor a equipe, a construção dos processos de trabalho no NASF se dá a partir do cotidiano, baseado nas diretrizes deste serviço e nos princípios do SUS. O profissional de Educação Física deve romper com a lógica de atendimento “professor-aluno” e buscar entender os processos de cuidado e a complexidade da Atenção Básica, (re)inventando os modos de fazer e compartilhando saberes.

¹⁸ O projeto Cooperando para uma Vida Melhor estimulava ações de práticas corporais e alimentação e nutrição nas escolas pertencentes ao território de ESF.

1.2 A BARRA DA ATIVIDADE FÍSICA E DAS PRÁTICAS CORPORAIS

Esta sessão surge do estranhamento às diferentes maneiras de sinalização das expressões “práticas corporais” e “atividade física” nos diferentes documentos do Ministério da Saúde¹⁹. Na maioria das vezes, esses dois termos aparecem separados por uma barra: atividade física/práticas corporais, ou na ordem inversa, práticas corporais/atividade física. Em alguns documentos, como no *Caderno de Atenção Básica*, n.27 – Diretrizes do NASF (BRASIL, 2010a), aparecem das duas formas. E mais recentemente também tem aparecido separadamente sem a barra: práticas corporais “e” atividade física²⁰.

Entendo que esta “barra” que separa as duas expressões em diferentes momentos não represente uma ideia de exclusão de um ou outro conceito, pelo contrário. Em que pese partirem de vertentes teóricas bem distintas, parece ter havido uma acomodação de ambos os conceitos em um arranjo político-epistemológico que pudesse contentar “gregos e troianos”. Na literatura não foi encontrada produção que analisasse de modo mais específico o processo de constituição da barra nesses materiais, já que esta é uma discussão recente.

É relevante o fato de que no documento mais recente, a Portaria n.719/GM, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde, demarca um entendimento de que as duas expressões são fenômenos diferentes no momento em que descreve as propostas para o programa relativos a práticas corporais “e” atividade física. Se o uso destas expressões sinalizassem o mesmo entendimento, talvez utilizassem uma expressão ou outra.

O termo práticas corporais é utilizado principalmente “por pesquisadores que estabelecem relações com as ciências humanas e sociais, pois aqueles que dialogam com as ciências biológicas e exatas operam com o conceito de atividade física” (LAZZAROTTI, 2010, p.25). Está ligado à humanização, às diversas subjetividades, às manifestações culturais. Para Ana Marcia Silva (2009), as práticas corporais são entendidas como “fenômenos que se mostram, prioritariamente, em âmbito corporal e que se constituem como manifestações culturais” (SILVA, 2009, p.

¹⁹ Política Nacional de Promoção de Saúde (2006), Portaria n.154 GM de 24 de janeiro de 2008, *Cadernos de Atenção Básica*, n.27 (2010), Portaria n.719/GM, de 7 de abril de 2011.

²⁰ Portaria n. 719 GM de 7 de abril de 2011 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

20). Para a autora, essas manifestações se compõem por técnicas corporais²¹ e são uma forma de linguagem, como a expressão corporal.

O trecho da Portaria n.154/GM, de 24 de janeiro de 2008, em destaque a seguir demonstra esta ideia mais ampla de práticas corporais:

[...] as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras (Portaria n. 154/2008).

Carvalho afirma que “as práticas corporais, compreendidas como manifestações da cultura corporal de movimento de determinado grupo, carregam os significados que as pessoas lhe atribuem” (CARVALHO, 2007, p. 65).

Lazzarotti e colaboradores (2010), ao realizarem um levantamento do uso da expressão “práticas corporais” na literatura sinalizam que foi frequente a preocupação com os significados e sentidos atribuídos a essa expressão pelos sujeitos que a praticam, reafirmando a relação importante das práticas corporais com as manifestações culturais que se explicitam na dimensão corporal. O autor também expõe que existe uma relação de negação ao “biologicismo”, ou seja, à hegemonia biomédica, na tentativa de expressar um conceito de práticas corporais nos trabalhos analisados, em maior frequência do que de elementos de afirmação que possam o compor propriamente:

Quanto às contribuições dos pesquisadores que ajudam a conceituar práticas corporais, percebemos algumas indicações de uma outra perspectiva ontológica e seu desdobramento em uma compreensão de corpo que se opõe ao biologicismo. Ressaltamos, inclusive, que a expressão “não só biológica” é recorrente nos textos pesquisados, representando uma primeira etapa caracterizada pela negação, característica no processo de conceituação. No entanto, aquilo que caracterizaria a afirmação do conteúdo do conceito, as tentativas de conceitualização, não são recorrentes no material analisado (LAZZAROTTI *et al.*, 2010, p.24).

²¹ A partir de MAUSS, técnicas corporais são aquelas aprendidas para o uso, neste caso, com o corpo como instrumento. As diferentes culturas tem aprendizados diferentes e, conseqüentemente, usos diferentes do corpo (LEAL; KNAUTH, 2006).

O *Glossário temático: promoção da saúde* (BRASIL, 2012c) traz conceitos para práticas corporais e para atividade física que indicam essas “vertentes” diferentes (em relação às ciências biológicas e às ciências humanas). O conceito de práticas corporais, segundo este material, pode ser definido como:

Expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer) (BRASIL, 2012c, p.28).

Já o conceito de atividade física, no mesmo material, é definido como o “movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso” (BRASIL, 2012c, p. 17). Vale ressaltar que, em 2009, o Ministério da Saúde lançou um grande glossário intitulado *SUS de A a Z*, em que o conceito de práticas corporais não compunha o corpo do material, apenas o de atividade física. Isso demonstra que a discussão emergente sobre a diferença de conceito no campo da Educação Física²² está sendo incorporada, mesmo que lentamente, pelas ações governamentais.

Segundo o *American College of Sports Medicine* (2003), a atividade física é definida como “o movimento corporal produzido pela contração do músculo esquelético que eleva substancialmente o despendido de energia”, ou seja, o conceito está relacionado ao gasto energético. Apesar desta definição, popularmente, o termo atividade física é usado como sinônimo de exercício físico, que é definido, em seu conceito mais clássico, como uma prática programada, controlada, sistematizada, avaliada e que gera gasto calórico, propiciando melhora no condicionamento físico (NAHAS, 2001).

Na Resolução n.046/2002 do CONFEF, o órgão se vale da definição mais aceita cientificamente e acrescenta uma compreensão para o âmbito da intervenção profissional que, de certo modo, está na “boca do povo”, como é possível perceber no trecho a seguir.

Atividade física é todo movimento corporal voluntário humano, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, caracterizado pela atividade do cotidiano e pelos exercícios físicos. Trata-se de comportamento inerente ao ser humano com características biológicas e sócio-culturais. No âmbito da intervenção do profissional de educação física, a atividade física compreende a totalidade de movimentos corporais, executados no

²² A expressão atividade física tem mais tradição na educação física, ao menos em relação ao campo da saúde, do que práticas corporais.

contexto de diversas práticas: ginásticas, exercícios físicos, deportes, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais (CONFEEF, 2002).

A definição proposta pelo órgão corporativo da profissão parece subordinar as práticas corporais à atividade física, mas quando comparamos com as definições de práticas corporais, é possível perceber que este último é mais amplo, pois não se limita a um indicador orgânico como o gasto energético. Caminhar, por exemplo, pode ser considerada uma prática corporal e é algo inerente ao ser humano. Pode ou não ser classificada como atividade física, mas sempre será uma prática corporal dependendo da intencionalidade ou significados destas atividades para as pessoas. Um trecho do *Caderno de Atenção Básica*, n.27 demonstra esta ideia:

Com efeito, as pessoas caminham, correm e saltam no seu dia a dia. Esses movimentos foram construídos historicamente e fora da Educação Física escolar e do treinamento desportivo, ou seja, não são sistematizados, não se constituindo como exclusividade de determinada ciência ou profissão. Andar até a padaria não é Educação Física, mas é atividade física. A qualificação desse ato na abordagem da saúde deve primar pela simplicidade da ação e, sobretudo, pela difusão de informações e instrumentalização dos sujeitos para que estes pratiquem mais atividade física com segurança, independentemente do acompanhamento de um profissional de saúde. Não há aprendizagem significativa quando o conhecimento fica concentrado na mão do profissional (BRASIL, 2010a, p. 130).

Este trecho dá relevo àquilo que é “do humano” e vai de encontro ao discurso da atividade física “sempre” orientada, proposto nos materiais do CREF/CONFEEF. Aliás, o trecho considera atividade física como conceito clássico de movimento corporal que leva a um despendido de energia acima dos níveis de repouso. Então, se o discurso da atividade física sempre orientada for levado “ao pé da letra”, e tomando o exemplo anterior como referência, a pessoa precisaria ser acompanhada por um profissional de Educação Física para ir à padaria? Será que numa unidade de saúde acompanhar usuários em uma caminhada, mesmo que apenas com o objetivo de “respirar outros ares e aliviar a cabeça”, tem de ser com o profissional de Educação Física? Será esse entendimento condizente com a atuação deste profissional no SUS?

Mesmo que práticas como a dança, a ioga e as artes marciais sejam compreendidas pela população em geral como atividade física, no meio acadêmico é

relevante os diferentes entendimentos acerca do tema. Na dança, por exemplo, “a atividade física é apenas um meio para o exercício de uma arte que, em muitos casos, representa típica manifestação da cultura brasileira” (ALMEIDA, 2009, p.287). Sendo assim, é necessária a reflexão dos diferentes usos conceituais em relação ao campo de atuação da Educação Física, em especial às áreas de intervenção que não implicam somente atividades direcionadas à aptidão física.

Apesar da diferença conceitual entre atividade física e exercício físico e também do uso popular da expressão atividade física para referir ao exercício físico, importa ressaltar neste trabalho de que existem elementos das ciências biológicas arraigados ao conceito de atividade física e elementos das ciências humanas e sociais que se relacionam com o conceito de práticas corporais.

Discutir esta diferença conceitual é um movimento importante no campo da Educação Física por haver uma emergência do entendimento da profissão no SUS. Lazzarotti *et al.* (2010) propõe que “o esforço de reflexão sobre os conceitos de práticas corporais e atividade física se faz necessário para que uma dada comunidade, que opera com termos e conceitos, possa dialogar sobre formas de representação comuns” (LAZZAROTTI, 2010, p.25).

O fato de a Educação Física figurar timidamente nas políticas públicas de saúde e educação no Brasil pode ser justificado não só porque a Educação Física tem seus alicerces na biomedicina hegemônica – enquanto profissão da saúde –, mas também pelo movimento da própria Educação Física na década de 1980, de discutir com maior volume as questões da aptidão física e sinalizar que com essa discussão estariam pondo em pauta temas relevantes relacionados à saúde (BAGRICHEVSKY, 2007). Na área escolar, temos um exemplo recente do uso do termo práticas corporais. O Referencial Curricular da Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul (2009)²³ propõe um agrupamento das diferentes práticas corporais e demonstra a amplitude deste conceito, colocando “para dentro” do grande grupo das Práticas Corporais Sistematizadas aquilo que, também, chamaríamos de Atividade Física, como, por exemplo, a ginástica enquanto exercício físico.

Os princípios e diretrizes do SUS dialogam claramente com valores de uma cidadania para todos, onde pensar saúde é pensar em diversas esferas da vida do

²³ Disponível em http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html/refer_curric.jsp?ACAO=acao1

indivíduo e da comunidade (lazer, transporte, acesso aos serviços de saúde, trabalho, moradia dentre outros). O exemplo dos Referenciais Curriculares da Educação Física proposto para a área da educação pode nos ajudar a pensar de que forma propor programas para a saúde. Se as práticas corporais possibilitarem experienciar outras dimensões pouco exploradas, como as emoções, as relações com o outro, com os elementos da natureza, seriam ainda mais importantes como colaboração que a Educação Física pode prestar em sua contribuição social (CARVALHO, 2010; LUZ, 2007).

Em suma, o termo práticas corporais carrega em si uma série de significados atrelados às singularidades dos indivíduos e às potencialidades da comunidade, que se legitima em um conjunto de outros conceitos advindo do campo das ciências humanas. Já o termo atividade física parece estar mais ligado às ciências biológicas, remetendo à lógica da aptidão física e reduzindo a atuação da Educação Física à análise das implicações orgânicas do movimento humano e não aos indivíduos em sua integralidade.

1.3 AS INGERÊNCIAS CORPORATIVAS DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE

O CONFEF foi criado a partir da Lei n.9.696/1998 que regulamenta a profissão de Educação Física. No final da década de 1970 e início da de 1980, a Educação Física começa a ganhar espaço fora da escola: academias, clubes, condomínios, clínicas, associações de bairro, recreação em hotéis, etc. No período pré-regulamentação, este campo de atuação fora da escola era chamado de “segmento das atividades não formais” (SARTORI, 1997), campo normalmente ocupado pelos professores de Educação Física e pelos chamados leigos, aqueles que tinham conhecimento prático, mas não tinham formação na área. Na medida em que esse segmento não formal parecia demasiado “aberto”, e o espaço formal (leia-se escola) era subordinado ao Ministério da Educação, um movimento pró-regulamentação da profissão começou a ganhar força em meados da década de 1980.

Esse processo levou anos para ser construído. Durante o Governo Sarney, o Projeto de Lei da regulamentação foi apresentado e aprovado na Câmara dos Deputados e vetado pelo Presidente da República com a justificativa de que os

professores de Educação Física estariam subordinados ao Ministério da Educação (MEC). Após este fato, Jorge Steinhilber – único presidente do CONFEF, 1998-2012 – defendeu a proposta de regulamentação que culminou em sua aprovação durante o Congresso Brasileiro de Profissionais de Educação Física em dezembro de 1994, instância máxima de representação profissional (ALMEIDA, 2009).

A desvalorização do magistério e a expansão das práticas corporais fora do ambiente escolar nos anos 80 e 90 passaram a atrair cada vez mais professores para o espaço “não formal”, especialmente aqueles recém-formados. “Portanto, assegurar que esse novo nicho seria exclusivamente do profissional de Educação Física foi o objetivo primordial dos defensores da regulamentação” (GAWRYSZEWSKI, 2008, p.106).

Na medida em que um campo começava a se abrir, passava a ser necessário investir em uma preparação mais específica, já que a licenciatura prepararia apenas para o mundo escolar. Este foi um entre tantos pontos de tensão que levaram à elaboração da Resolução 03/1987 pelo Conselho Federal de Educação (CFE), que pela primeira vez possibilitava a oferta do curso de Bacharelado em Educação Física, que se ocuparia da formação em Educação Física para a atuação em espaços “não formais”. O Movimento pela Regulamentação da profissão aproveitou esse momento e conseguiu aprovar o Projeto de Lei n.330 C, que, após modificações, se tornou a Lei n. 9.696/1998 (ALMEIDA, 2009).

Marco jurídico na transformação da situação da profissão dos educadores físicos, o CONFEF constituiu-se como autarquia de regime especial, uma entidade civil sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, destinado a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das atividades próprias dos profissionais de Educação Física. Com este texto legal, buscou-se regulamentar o exercício profissional do educador físico na área de Educação Física e, também, designou o Profissional de Educação Física como sendo o único que possui prerrogativa para atuar nesta área, com a condicionante de ser registrado num Conselho Regional de Educação Física (CREF) (ALMEIDA, 2009, p. 279).

Para Almeida (2009), a ideia principal da regulamentação era limitar quem poderia ou não atuar na Educação Física. Só poderiam atuar aqueles profissionais que estariam registrados no Conselho Regional de Educação Física (CREF). A regulamentação seria importante para a sociedade, pois a partir de 1998, a população saberia que só um profissional de Educação Física poderia atuar com qualidade e ética (ALMEIDA, 2009).

Guaita (2007) aponta que o CONFEF também trata a questão da regulamentação, e da consequente obrigatoriedade de estar registrado junto ao Conselho, como um amparo aos professores – classe “menosprezada” socialmente – como um resgate da dignidade e de status (GUAITA, 2007).

Com a criação do CONFEF, surge também a titulação para nomear o sujeito formado em Educação Física que atuava no até então chamado espaço “não formal”: “profissional” de Educação Física, que seriam formados em cursos de bacharelado e passariam a ser fiscalizados no exercício da profissão pelo sistema CREF/CONFEF. Em 2009, o CONFEF publicou um material direcionado aos professores que atuam na escola²⁴, o que demonstrou a intenção de também regular a atuação profissional que está no âmbito do MEC. Apesar disso, o CONFEF faz uma diferenciação do “ser” professor e do “ser” profissional, como se a partir da regulamentação o *status* maior da Educação Física estaria ligado à titulação de profissional reforçando uma imagem diminuta do professor perante a sociedade (GUAITA, 2007; VAZ, 2001).

Na tentativa de solucionar certos “mal-estares”, o Conselho formula alguns de seus fundamentos, sendo que o principal, em nossa opinião, é a diferenciação que faz entre professor e profissional, mostrando certa aversão ao trabalho docente. Essas questões não se limitam apenas aos fatores estruturais que refletem as péssimas condições em que se encontra o sistema educacional brasileiro. Também dizem respeito a outros pontos que compõem todo o imaginário social sobre o magistério e a docência (GUAITA, 2007, p.134).

Esta nova configuração profissional pós-regulamentação manteve em permanente tensão a relação professor *versus* profissional e tem sido motivo de disputas em qualquer recanto do campo de atuação profissional da EF. Um exemplo pode ser visualizado na publicação e republicação da Portaria n. 154/2008

Na publicação em 24 de janeiro de 2008, no terceiro parágrafo, relativo às possíveis profissões para compor a equipe do NASF, consta o termo professor de Educação Física:

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF I as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; **Professor de Educação Física**; Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista;

²⁴ Disponível em <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=346>

Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008a) (Grifo do autor).

Em 18 de março do mesmo ano, a Portaria foi republicada e o termo substituído por profissional da educação física:

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF I as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações – CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; **Profissional de Educação Física**; Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008b) (Grifo do autor).

A republicação da Portaria n. 154/2008 sofreu mais duas alterações além da mudança do título profissional da Educação Física. São dois trechos nas considerações que precedem as resoluções da referida publicação:

Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;

Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física.

Nos dois casos, as alterações se referem a leis que têm relação com os órgãos de fiscalização/regulação profissional, ou seja, os conselhos profissionais. Isto demonstra a força dos conselhos profissionais para que seja republicada pelo Ministério da Saúde uma portaria que cria serviços, como neste caso, o NASF.

Além disso, a alteração de professor de Educação Física para profissional de Educação Física sugere que existam códigos de CBO para as respectivas nomenclaturas profissionais. “Professor de Educação Física”, tal como estava na primeira publicação da portaria citada, refere-se exclusivamente ao campo educacional formal (ensino fundamental, médio ou superior). E aos “profissionais de Educação Física” refere-se a um universo mais amplo, mas sem um CBO genérico que contemple tal diversidade, e sim um CBO para cada especialidade elencada²⁵. No caso do trabalho no NASF, o profissional só poderá ser cadastrado em uma única especialidade, algo que parece limitar o campo de atuação, quando na

²⁵ Que podem ser consultadas no quadro 1, pois a Portaria n.409/2008 lista as ocupações para a família de “profissional de educação física” tal qual o MTE.

verdade um código de CBO generalista será mais adequado, mas esta titulação no MTE é apenas uma família²⁶, não sendo possível o registro enquanto ocupação.

Outro material publicado pelo Conselho – *Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na Atenção Básica em saúde* – demonstra a intenção de normatizar a atuação do profissional de Educação Física no SUS no momento que direciona certas recomendações referentes ao fazer da Educação Física na saúde. O material pode confundir o leitor por se tratar de recomendações para Atenção Básica, mas traz no corpo do texto indicações para o trabalho em hospitais ou, ainda, uma lógica centrada na individualidade profissional, passando longe das questões relativas ao trabalho em equipe. Este material foi utilizado neste estudo para compor a análise.

Vaz (2001) discorre sobre outra tentativa de interferência em um campo que não é da alçada do CONFEF: o do conhecimento científico, referido no artigo 47²⁷ do Código de Ética do profissional de Educação Física, publicado pelo Conselho, que para o autor, em conjunto com outros materiais publicados pelo Conselho, indica “uma prática coerciva, normativa e disciplinadora” (VAZ, 2001, p.145).

Considero um constrangimento ainda maior quando em nome da ciência normatizam-se condutas, inclusive aquelas que se pretendem de caráter acadêmico. Isso impede o exercício autocrítico da ciência, sem o qual ela não pode avançar. Por isso o espanto quanto se lê no artigo 47. Dos Estatutos, inciso II, que cabe a Comissão de Legislação e Normas do CONFEF "estudar a questão da cientifização da Educação Física, de suas várias vertentes e denominações". A coisa vai tão longe que o CONFEF pretende até mesmo, "funcionar como órgão consultivo dos poderes constituídos em assuntos relacionados à Educação Física, ao exercício de todas as atividades e especializações a ele pertinente, inclusive no ensino e pesquisa em qualquer nível"(Art.6, X) (VAZ, 2001, p. 23).

As diversas ingerências do CONFEF geraram animosidades nos mais diferentes setores da sociedade, a tal ponto que um movimento organizado foi constituído com a finalidade de combatê-las: o Movimento Nacional Contra a Regulamentação do Profissional de Educação Física (MNCR) (GAWRYSZEWSKI, 2008). O MNCR luta pela revogação da Lei 9.696 de 1998, que regulamenta a profissão de Educação Física, por considerarem que a regulamentação da profissão é baseada no corporativismo “que posiciona trabalhadores e trabalhadoras da

²⁶ Cada família na Classificação Brasileira de Ocupações constitui um conjunto de ocupações similares correspondente a um domínio de trabalho mais amplo que aquele da ocupação.

²⁷ Devido provavelmente à atualizações do Código de Ética desde a publicação do trabalho de VAZ (2001), em 2012 o trecho referido pelo autor, sendo do artigo 47, está no artigo 90.

Educação Física contra os de outras áreas, o que aprofunda a fragmentação da classe trabalhadora na atualidade” (MNCR,*online*). O MNCR agrega professores e estudantes da área, além da eventual colaboração de trabalhadores de outras práticas corporais e exclui por completo qualquer disputa eleitoral em qualquer instância do Conselho (GAWRYSZEWSKI, 2008).

Os movimentos de oposição à regulamentação da Educação Física e criação dos Conselhos (Federal e Regionais) mereceram a atenção do Presidente do CONFEF, como descreve GAWRYSZEWSKI (2008), que procurou desqualificar qualquer posição contestatória demonstrando, mais uma vez, a tentativa de legitimação e de conquista como uma instituição sólida:

Alguns segmentos da área da atividade física, mormente no segmento de lutas, danças e loga, têm se insurgido contra a obrigatoriedade dessas práticas serem ministradas por profissionais habilitados, defendendo que as mesmas podem ser ministradas por qualquer um. A diferença está no compromisso social e ético (STEINHILBER *apud* GAWRYSZEWSKI, 2008, p. 129)

Em suma, o CONFEF é o órgão de regulação da profissão de Educação Física, mas tenta ir além do seu próprio campo de atuação. Autua profissionais informais da área baseado em um discurso em prol da segurança da população; autua profissionais de outras áreas, como no caso de uma fisioterapeuta em Porto Alegre²⁸, dos professores de ioga²⁹, dentre outros, e ainda limita a atuação dentro da própria Educação Física, quando exige que os profissionais que exercem atividade fora do âmbito escolar sejam bacharéis, exclusivamente, sob o risco de os licenciados também serem autuados. O movimento contrário à regulamentação parece peculiar ao campo da saúde, em especial à Educação Física, pois em uma busca genérica aos *sites* de pesquisa na internet não encontrei algo similar em outras áreas.

Parece existir “uma necessidade de afirmar uma profissão que historicamente sempre teve problemas para definir seu espaço de atuação profissional” (GUAITA, 2007, p.144) e uma intenção de normatização das intervenções, das condutas e

²⁸ Reportagem sobre o caso disponível no ANEXO D deste trabalho.

²⁹ O CONFEF entende a prática de ioga como atividade física indo de encontro com o que pensam os professores e estudiosos deste conhecimento hindu, como demonstrado pelo professor Hermógenes, referência em ioga no Brasil, disponível no ANEXO E deste trabalho.

comportamentos dos profissionais pelo CONFEF, que organizaria e definiria o campo de intervenção da Educação Física em prol dela mesma. Será?

Existe uma emergência da reflexão acerca da interferência do Conselho em relação a outras instâncias (maiores que ele) como, por exemplo, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. As ações do CONFEF na tentativa de regular a Educação Física acaba por limitar o escopo de atuação dos profissionais formados nesta área (tanto bacharéis quanto licenciados) e, no que se refere ao campo da saúde, direciona a atuação profissional a uma saúde medicalizada que é conflitante com as atividades previstas para o NASF e que se estendem a SF como um todo, principalmente, pela grande ênfase que se dá as questões de promoção de saúde na Atenção Básica.

1.4 O SISTEMA CREF/CONFEF E A EDUCAÇÃO FÍSICA NA LÓGICA DA DOENÇA

Os argumentos mais convincentes para a tese da regulamentação é a necessidade de se proteger a saúde da população, na medida em que fazer atividade física sem devida orientação poderia trazer prejuízos à mesma. Trata-se de um argumento intimamente ligado a uma forma de pensar a saúde numa perspectiva biomédica, centrada em conhecimentos de ordem fisiológica, fundamentalmente. Na medida em que a Educação Física passa a ser nomeada em políticas e programas do SUS, a ingerência do sistema CREF/CONFEF se torna ainda mais presente.

O tema da medicalização não é aprofundado neste trabalho, mas é importante dar um panorama geral ao leitor que desconhece por completo o termo utilizado principalmente, no campo da saúde e das ciências sociais. Na literatura consultada, encontrei diferentes usos para o termo medicalização. Quando o tema é atividade física ou Educação Física, a expressão ganha diferentes significados. Pode estar ligada à associação entre o uso de medicamentos (suplementos) e à atividade física, aos aspectos relacionados a certo poder médico de prescrever atividade física aos seus pacientes, e ainda, à normalização da orientação ou prescrição de exercícios físicos como uma receita, como aquela que o médico faz quando alguma enfermidade nos acomete e precisamos de um algum remédio (GONÇALVEZ, 2010; FRAGA, 2009, LUZ, 2008). Fraga *et al.* (2009) sinalizam em seu texto que a maioria das respostas dadas pelos colaboradores de um

estudo³⁰ (participantes de um programa de caminhada orientada da Prefeitura de Porto Alegre), acerca dos significados atribuídos ao sedentarismo, indicava em suas respostas relação com expressões como diabetes, colesterol, pressão, circulação, dores nas costas, disposição para o trabalho, faz bem para a cabeça, agilidade intelectual, dentre outros. Essas expressões apareciam de forma recorrente no conjunto das respostas. O autor indica que isso demonstra, em análise mais genérica, correspondência com a ideia de que a atividade física funciona como um remédio para todos os males (FRAGA *et. al.*, 2009).

Corroborando com Fraga et al. (2009), Gonçalves (2010), em estudo que analisou as revistas do Conselho Federal de Educação Física, também apontou para o “uso” da atividade física como um remédio para os males:

Em muitos dos excertos que foram destacados neste estudo, pode-se perceber o quanto é comum é a prática da atividade física como um remédio, ou melhor, um “santo remédio” para os males que a população tem enfrentado: a obesidade, a depressão, o sedentarismo, o estresse, entre outros (GONÇALVES, 2010, p. 82).

O termo medicalização é usado neste trabalho inspirado nos escritos de Madel Luz (2007, 2008), onde ela utiliza a expressão *medicalização social*³¹ para definir o processo social “a partir da qual as biociências e as neurociências tendem a normatizar as transformações biopsíquicas no curso da vida das pessoas” (LUZ, 2008, p.206).

Sociologicamente, interpretamos a marcha deste avanço científico, que denominamos nova onda de medicalização, como um processo político que, embora resulte inegavelmente da revolução no conhecimento biológico, tende a tornar-se uma estratégia normativa da vida humana com conseqüências sócio-políticas sérias, gerando conformismo coletivo, no nível da conduta e das representações sociais, pela redução dos crescentes sintomas de mal estar difuso nas pessoas e de formas coletivas de adoecimentos pouco detectáveis na lógica diagnóstica da racionalidade biomédica (LUZ, 2008, p. 207).

Edgardo Castro (2009) organizou texto a partir das obras de Foucault onde ele refere o uso do termo medicalização, no qual também identifiquei este trabalho:

³⁰ Projeto: Políticas de Promoção da Saúde na Gestão do Lazer em Porto Alegre.

³¹ O termo é citado por Madel Luz referenciando a obra de Ivan Illich, *Nêmesis médica – A expropriação da saúde*.

As sociedades modernas estão submetidas a um processo contínuo e indefinido de medicalização. As condutas, os comportamentos, o corpo humano, a partir do século XVIII, integram-se a um sistema de funcionamento da medicina que é cada vez mais vasto e que vai muito mais além da questão das enfermidades. O termo “medicalização” faz referência a esse processo que se caracteriza pela função política da medicina e pela extensão indefinida e sem limites da intervenção do saber médico. (CASTRO, 2009, p. 299)

Partindo destas premissas, entendo a medicalização das práticas corporais como a normatização do exercício físico ligado ao risco, principalmente de doenças crônicas, mas também da normatização de comportamentos a serem evitados, como por exemplo, a inatividade física, a má alimentação, o fumo e outros tantos aspectos do “viver saudável” prescritos para a sociedade por uma ordem médica (FRAGA et. al., 2009).

Em alguns materiais do CONFEF é possível perceber esta noção medicalizante que demonstram a ideia de a atividade física poder ser “administrada” e “utilizada” como um remédio, ou uma receita médica, principalmente, nos materiais do CONFEF:

Toda sessão de exercício físico deverá iniciar com exercícios de aquecimento, visando aumentar a temperatura do músculo esquelético e sua eficácia na contração, bem como proporcionar um aumento gradativo dos batimentos cardíacos e, conseqüentemente, do trabalho cardíaco. Logo após o aquecimento a sessão seguirá com a execução dos exercícios aeróbios ou resistidos e sugere-se finalizar a sessão com exercícios de alongamento, com o objetivo de aumentar ou manter o nível de flexibilidade e auxiliar na recuperação muscular (CONFEF, 2010, p. 41).

Na intervenção inicial, para a prevenção de problemas de saúde, mesmo não manifestados, o profissional de Educação Física deverá agir com cautela, observando, entre outras, as seguintes etapas: analisar o prontuário, identificar a presença de fatores de risco, definir as variáveis e padrões de atividades adequados para os indivíduos: tipo, intensidade, duração e frequência dos exercícios; minimizando riscos associados à prática de exercícios físicos e contribuindo para potencializar seus resultados positivos.

Para a consecução dessas etapas e potencialização dos resultados do seu trabalho, o profissional de Educação Física deverá adotar a seguinte conduta:

√ Na primeira semana os exercícios devem ser simples e agradáveis para que o aluno desperte interesse pela modalidade escolhida (adaptação neuro-muscular).

√ Nas semanas seguintes deve-se aumentar a carga gradualmente. Todos os exercícios (alongamento, aeróbios, resistidos, etc) devem ser executados com cargas leves a moderadas de forma que, no dia seguinte, o praticante não sinta desconforto ou dor muscular.

√ A prescrição deve ser individualizada ou no máximo para grupos homogêneos, considerando as condições de saúde e a capacidade física apresentada por cada indivíduo ou grupo (CONFEF, 2010, p. 38).

É difícil compreender como essas orientações fazem parte de um material direcionado aos profissionais de Educação Física que atuarão ou atuam no serviço de saúde, como na Atenção Básica, no qual sugere o título da publicação³². Desconsidera as potencialidades do indivíduo que não aparecem na “receita” da prescrição de exercícios, aquela que tem como base a relação entre volume e intensidade, tão comumente utilizada no campo do treinamento físico. Essa forma de prescrição de exercícios físicos é adequada para pessoas que necessitam desenvolver força muscular, resistência física ou alterar padrões metabólicos. Não é minha intenção explicitar os benefícios que se possa ter com a prescrição de exercícios físicos desta forma, e sim, chamar a atenção à recorrência das recomendações que envolvem as práticas corporais no SUS, que têm este viés medicalizante. A emergência da Educação Física no SUS, apresentada pelo material do CONFEF, parece estar ancorada apenas nas doenças crônicas.

Embora os usuários dos sistemas públicos e privados, onde se oferece a prática regular do exercício/ atividade física sejam primordialmente direcionados à prevenção primária, é muito provável que apresentem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente em populações idosas ou previamente identificadas como grupo de risco (CONFEF, 2010, p.38).

Este trecho mostra contradições quando cita a prevenção primária, que seria uma fase “pré-doença” afirmando que ainda sim é provável que os usuários apresentem fatores de risco. Entendo que, se estamos nos referindo à prevenção primária, já estamos nos referindo à presença de fatores de risco. Prevenção em saúde para Monken (2008), está calcada na concepção de risco ou na probabilidade de se tornar doente. Sendo assim, além da redundância da publicação do CONFEF, fica claro que, mesmo se a intenção deste material foi a de mostrar que o atendimento na promoção de saúde (sem, necessariamente, estar associado a fatores de risco), a indicação continua sendo direcionada às doenças crônicas. A Educação Física parece ser “agarrada” à doença e não à saúde.

Durante o período que trabalhei no NASF e também das conversas com os colegas que estavam atuando no serviço de saúde, ouvi histórias sobre usuários do sistema de saúde que vinham diversas vezes na unidade em busca de uma consulta

³² “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na Atenção Básica em saúde”.

para um dor recorrente, mas muitas vezes a “dor” era mais um pedido de escuta, de cuidado, de conversa do que algo físico. E muitas dessas vezes era no grupo de práticas corporais da unidade (seja ele de caminhada ou de alongamento) que a tal dor “sumia”. Será que isto se deve ao fato de o profissional de Educação Física ter seguido à risca as etapas do material de recomendações do CONFEF? Será que estas orientações não deveriam problematizar, também, as diferentes singularidades dos indivíduos que podem significar as práticas corporais de formas muito diferentes, fazendo com que o resultado não seja, simplesmente, um “incremento” nas habilidades físicas? Que seja também uma produção singular, que pode se tornar um ponto relevante para que se resolva os problemas de saúde?

Vale ressaltar, também, que as indicações do CONFEF para atendimento individualizado e a grupos homogêneos pode ser uma realidade muito distante da que encontramos na Atenção Básica. As características do trabalho e o número de pessoas a serem atendidas nas unidades de saúde faz com que tenhamos de reinventar modos de organização do trabalho de forma a incluir as pessoas e não segregá-las em grupos homogêneos. Considerando a atuação do profissional de Educação Física no NASF, como dar conta de tantos grupos de usuários se houvesse uma “classificação” e distribuição em grupos homogêneos? Existe espaço e tempo para as equipes atenderem os usuários nessa perspectiva de grupos de práticas corporais homogêneos, considerando todas as outras intervenções e atividades que esta equipe tem como responsabilidade no serviço?

Questiono este dois pontos por ter convivido com esta problematização quando trabalhei junto ao NASF. Devido aos programas de cuidados específicos do Ministério da Saúde, como, por exemplo, o programa para Diabéticos e Hipertensos, onde é comum o incentivo de práticas corporais regulares, quando a equipe oferece esta prática tende a excluir as pessoas que não têm a doença e não oferecem opções mais livres que possam fazer parte de uma proposta de promoção de saúde e não apenas prevenção.

Pensar em cuidado integral e em uma lógica “não medicalizante” vem ao encontro da proposta de promoção de saúde que pode ser entendida como uma estratégia promissora para enfrentamento dos inúmeros problemas de saúde que afetam as populações (BUSS, 2000). Ela diz respeito aos diferentes pontos relativos à vida das pessoas. Vai muito mais além do que “estar com o corpo saudável”, livre de doenças, de dores. Diz respeito a intervenções em problemas como a “violência,

desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, má qualidade do ar e da água” (BRASIL, 2012c).

Nesse sentido, pensar em práticas que promovam saúde e não apenas tratem a doença, sinaliza outra direção em relação às recomendações publicadas pelo CONFEF para o profissional de saúde na Atenção Básica. Necessita uma crítica ampliada à ideia da “prescrição” de exercícios físicos direcionado ao combate às doenças e também ao sedentarismo.

Fraga (2006) realizou uma ampla análise do Programa Agita São Paulo, que disseminava a informação de que 30 minutos de atividade física diários eram suficiente para “sair” do *status* de sedentário. Essa recomendação foi sistematizada na década de 1990 pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) em conjunto com o ACSM “e subscrita pelas mais diferentes instituições internacionais, entre elas, a Organização Mundial da Saúde (OMS)” (FRAGA, 2006, p.30).

Esta mesma “mensagem” de combate ao sedentarismo aparece tanto nos materiais do CONFEF quanto no instrutivo do NASF. Especificamente no material do CONFEF ela aparece de forma direta nas recomendações para prescrição de exercícios para doenças cardiovasculares.

Sedentarismo – Também denominado inatividade física, refere-se ao estado das pessoas que não praticam exercício físico regular ou não realizam pelo menos 30 minutos de atividade física moderada na maioria dos dias da semana (CONFEF, 2010, p. 31).

Mover-se, de preferência 30 minutos por dia em cinco ou mais dias da semana, é uma recomendação quase universalmente preconizada pelas organizações de saúde e centros nacionais e internacionais de pesquisas no campo da aptidão física (BRASIL, 2010a, p. 125).

Nessas recomendações “a quantidade de atividade física diária é mais importante do que a maneira como ela é realizada” (FRAGA, 2006, p. 31). Essas recomendações “dos 30 minutos” vêm como um “pacote de informações” para atingir o maior número de pessoas que “precisam saber” disso para se tornarem ativos fisicamente. E a partir do momento que essa “massa” se tornaria fisicamente ativa, os gastos com saúde pública teriam uma redução significativa.

O problema é que em ofertas muito “fechadas”³³ de atividade física pelos diferentes programas, as pessoas tendem a não se manter na prática. Não se leva em consideração a possibilidade da prática pela prática, por aquilo que ela pode proporcionar ao indivíduo ou ao coletivo, que não está previsto no planejamento dos objetivos específicos da atividade. Em algumas experiências como professora substituta da Escola de Educação Física da UFRGS, contava uma cena que presenciei na época em que era bolsista do projeto de extensão em hidroginástica na mesma escola: uma das alunas – uma senhora de mais ou menos 65 anos – chega para a aula contando uma grande novidade para as colegas. Ela conseguiu subir os 5 degraus da escada que levavam a um nível mais alto do pátio de sua casa. Esboçava uma felicidade imensa, pois poderia mexer nos vasos de flores que estavam naquele local e que, por um período, estavam inacessíveis por conta das dores que a acometiam. O ponto relevante é que esta aluna relacionava o feito às aulas de hidroginástica que a possibilitaram subir os 5 degraus.

Para mim, os 5 degraus nunca estiveram no planejamento e nos objetivos da aula. Eu na verdade nem sabia do desejo da aluna de subir os tais degraus, nem imaginava o quanto aquela tarefa tão simples movimentou a vida daquela senhora e de quantas outras coisas ela passara a se sentir potente de desejo a partir da transposição daqueles “miseráveis” 5 degraus. Sempre brinco com os alunos quando conto esta história: “sim, subir 5 degraus mudou a vida daquela senhora... Até maquiagem ela começou a usar”. E ainda acho estimulante ver os rostos dos alunos demonstrando claramente a indagação sobre “que relação pode ter entre usar maquiagem e subir 5 degraus?”. A Educação Física, em relação ao campo da saúde, tem tradição em olhar para as questões das práticas corporais com esse viés biológico, como se olhasse apenas para o corpo do indivíduo e não para o conjunto de experiências que produzem o que é o sujeito, além da lógica medicalizante da orientação das práticas corporais.

Carvalho (2001) observa em vários trabalhos da área específica, que a temática atividade física e saúde acaba restringindo os benefícios da atividade física independentemente do que pensa e pratica o indivíduo. A autora afirma que não se quer negar a importância do que tem sido divulgado sobre o tema, “mas chamar

³³ Refiro-me a ofertas “fechadas” aquelas que têm sempre uma prescrição definida, o mesmo roteiro, a mesma atividade, sem uma proposta intencional de propiciar experiências diferentes e significativas aos usuários. Por exemplo, caminhada orientada que tem sempre a mesma rotina, o mesmo caminho, a mesma conversa (se é que se pode conversar durante o trajeto).

atenção sobre uma produção de conhecimento, uma formação acadêmica pobre, para uma ação reduzida, desvinculada de outros campos do saber, de outras histórias” (CARVALHO, 2001, p.12).

Na análise dos materiais deste estudo é possível observar que a lógica que orienta o trabalho do CONFEF, principalmente o livro de recomendações para Atenção Básica do CONFEF, é a lógica da doença. Aquela que está relacionada ao biológico, aos órgãos, sintomas, sinais, sequelas, etc., enquanto a lógica da saúde está ligada às sensações, percepções, movimento e cultura (ROCHA, 2007).

No instrutivo do NASF, o *Cadernos de Atenção Básica*, n.27 sinaliza a preocupação com esta lógica da saúde em relação às práticas corporais em diferentes trechos:

De fato, não cabem dúvidas sobre os benefícios da atividade física contínua para a circulação, redução do mau colesterol, redução do estresse, prevenção das doenças do aparelho circulatório, melhora do sono e muitas outras coisas. No entanto, apenas uma dimensão do ser humano está em destaque nessa abordagem: a fisiológica. As demais dimensões, como a sociológica e a psicológica, são secundarizadas ou mesmo esquecidas (BRASIL, 2010a, p. 125).

Problematizando conceitualmente a questão: a concepção biológica de corpo parece não ser suficiente para responder às questões oriundas dos elementos determinantes da saúde expressos no artigo 3º da Lei Orgânica da Saúde no 8080/90, pois apenas uma dimensão da natureza humana é enfatizada. De forma mais ampla, o campo de saber da Educação Física é constituído de conteúdos da cultura corporal ou cultura de movimento e dos conhecimentos sistematizados nos campos do esporte e aptidão física, da história, da antropologia, da sociologia, da educação e da saúde (BRASIL, 2010a, p.126).

A ideia de prescrição de exercícios à ordem médica é ainda identificada com a lógica da doença e carrega a historicidade da Educação Física enquanto disciplina higienista, “do corpo disciplinado, forte e saudável em uma sociedade ordenada, limpa e moralizada” (CECCIM; FEUERWERKER, 2007).

Pensar as práticas corporais apenas pelo aspecto biológico pode não contribuir para a consolidação do SUS e para a afirmação de seus princípios, o que é demonstrado pelos conflitos com a lógica do NASF. As singularidades dos usuários, do coletivo, a complexidade do trabalho cotidiano em saúde e a crítica constante que se deve associar ao processo de trabalho para a reinvenção das práticas são elementos que sinalizam a necessidade de mudança no campo da Educação Física para com a saúde.

Ceccim aponta que, da mesma forma que para o campo da saúde, seu objeto não é a cura ou promoção de saúde, mas sim a produção do cuidado para com a defesa e afirmação da vida (que são os meios para se atingir a cura e promoção da saúde). Para a Educação Física, “seu objeto em saúde não é a aptidão física, mas a produção relacional e educativa (prática cuidadora) para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p.49).

Não precisamos deixar de lado alguns direcionamentos relativos à aptidão física que orientam os efeitos do exercício físico no corpo biológico, mas devemos dar relevância à discussão da Educação Física influenciada pelas ciências humanas e sociais e às práticas corporais inseridas no contexto da cultura corporal de movimento para que possamos entender o fazer da Educação Física no SUS.

As ingerências do CONFEF no campo da saúde reafirmam a ideia de que os exercícios físicos combatem todos os males, pois nesta concepção os males estão ligados aos riscos de doenças crônicas ou ao sedentarismo. A Educação Física tem grande contribuição no modelo que se tenta construir de Atenção Básica, especialmente em relação à SF, mas “necessita libertar-se das amarras da verdade e do saber biomédico, livrar-se das disciplinas totalizantes e dos interesses corporativos” (DAMICO, 2007, p. 84) para estabelecer uma tecnologia cuidadora.

Libertar-se dessas amarras significa olhar para a sua atuação em saúde de modo a perceber os interesses, desejos e necessidades das pessoas e não apenas entender o seu conhecimento técnico como direcionador de todas as práticas da Educação Física na saúde. É valorizar também o encontro e as relações com as pessoas como ato cuidador.

2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este estudo é de caráter descritivo, de natureza qualitativa e utiliza documentos publicados pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFEF).

Bardin afirma que a pesquisa qualitativa “corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável, a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses” (BARDIN, 2004, p. 108). O autor refere que ela é válida, principalmente, na elaboração de deduções específicas de um acontecimento ou uma variável de inferência precisa e não de inferências gerais (BARDIN, 2004).

Optei por análise de documentos por acreditar ser a opção mais adequada para dar conta das questões relativas a esta investigação. Para Bardin (2004) o propósito a atingir através da análise documental é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação, com o máximo de pertinência.

Escolhi como lócus de investigação os documentos relativos ao ponto inicial da problematização deste trabalho: as Portarias Ministeriais n. 154 de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Portaria n. 409/SAS/MS de 23 de julho de 2008 que indica os códigos de CBO para serem utilizados por diferentes profissões, inclusive a educação física. Saliento que na escrita dos capítulos que apresentam os trechos das portarias, utilizarei apenas os termos Portaria n. 154 e Portaria n. 409 para nomeá-las, apenas para simplificar o referenciamento. Estas duas portarias foram “as disparadoras do problema” no qual tive contato no serviço, durante minha colaboração no NASF de Sapucaia do Sul, como descrevo no capítulo de apresentação deste trabalho. A partir da leitura atenta destes dois materiais, surgiu a necessidade de outras leituras e novos materiais de pesquisa foram “costurados” pela relevante contribuição que poderiam somar à análise, como por exemplo, as resoluções do CONFEF - que pareciam ser a origem da nomenclatura profissional discutida a diante.

Além disso, utilizei também como fonte de dados o instrutivo do NASF publicado em 2010 (Cadernos de Atenção Básica, n. 27), material relevante para a implementação e entendimento do serviço em questão; as resoluções do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) de 1999 a 2011 e a publicação da mesma instituição intitulada “Recomendações sobre condutas e procedimentos do

profissional de educação física na Atenção Básica em saúde”³⁴, de 2010. Trago também para o corpo material de pesquisa as relações de códigos de CBO e procedimentos possíveis de registro, consultado no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP).

A partir da leitura destes materiais foram selecionados trechos relevantes em relação ao problema de pesquisa. Até o momento da qualificação deste trabalho a ideia inicial era fazer análise de discurso na perspectiva de Foucault com os dados produzidos. A análise documental foi sugerida pelos membros da banca de qualificação do projeto correlato, e foi incorporada como pressuposto metodológico central.

Paralelamente, acabou me sendo útil para a produção e análise de dados, alguns pressupostos sobre análise de conteúdo propostos por Bardin (2004) e por uma das suas principais comentadoras no Brasil, Minayo (2008).

Para Bardin (2004) a análise de conteúdo designa-se como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004, p. 37)

As diferentes fases da análise de conteúdo podem ser organizadas em torno de três polos cronológicos (BARDIN, 2004):

- 1) A pré-análise, que é a primeira etapa, de organização do material. Tem por objetivo tornar as ideias iniciais operacionais e sistematizá-las, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento da próximas etapas. São escolhidos os documentos, formuladas as hipóteses e os objetivos. Esta fase consiste em ampla leitura que Bardin denomina de “leitura flutuante”.
- 2) A exploração do material: quando as operações da pré-análise forem concluídas, a fase de análise propriamente dita não é mais do que a administração sistemática das decisões tomadas (BARDIN, 2004). Para Minayo (2008) esta fase consiste essencialmente em uma operação

³⁴ Disponível em <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=346>

classificatória, que busca o alcance do núcleo de compreensão do texto (MINAYO, 2008).

- 3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados são tratados de forma a se tornarem significativos e válidos, obtendo a representação dos dados (BARDIN, 2004). O pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, relaciona com o quadro teórico desenhado inicialmente ou desenha novos contornos teóricos e interpretativos, a partir do material bruto (MINAYO, 2008)

Na pesquisa qualitativa, as hipóteses inicialmente formuladas, podem sofrer influências no decorrer do procedimento conforme aquilo que o pesquisador compreende da significação das mensagens. Nesse sentido, se faz necessária a releitura do material diversas vezes e desconfiar das evidências. (BARDIN, 2004)

Na tentativa de entender os “modos de usar” a análise de conteúdo nas pesquisas realizadas na ESEF – UFRGS, procurei fazer um levantamento em base de dados de Teses e Dissertações da universidade. Em um primeiro momento, busquei no LUME³⁵ - nome próprio atribuído ao Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – palavras-chaves que se relacionavam com minha temática e com a metodologia de pesquisa em questão: “Análise de conteúdo”, “saúde” e “educação física”. Com esta busca, foram encontradas 4.429 teses e dissertações. Percebi que deveria encontrar uma forma de melhorar o meu refinamento na busca dos trabalhos e procurei ajuda da bibliotecária da ESEF.

O primeiro passo sugerido pela bibliotecária foi de abandonar o LUME, pois no SABI³⁶ – o catálogo on line das bibliotecas da UFRGS - a pesquisa seria mais “confiável”, teríamos a certeza de o banco de dados buscaria a relação exata das referidas palavras-chave. O que percebi que as palavras pesquisadas no LUME não se tornavam “adjacentes” mesmo quando colocadas entre aspas. Por exemplo: a pesquisa executada com a palavra-chave análise de conteúdo, mostrada inúmeros trabalhos cujos descritores ou título continham apenas a palavra “análise”, outras apenas “conteúdo”, não necessariamente relacionadas com a metodologia de pesquisa que eu busquei. Da mesma forma para a segunda palavra composta de minha busca, “educação física”. Apresentava nos resultados diversos trabalhos com

³⁵ <http://www.lume.ufrgs.br>

³⁶ <http://sabi.ufrgs.br>

descritores “educação” e outros com o descritor “física”, relacionando os trabalhos da área das ciências exatas.

Como o SABI, pude selecionar o catálogo de teses e dissertações que, segundo a bibliotecária que me prestou auxílio, estariam todas as teses e dissertações produzidas na UFRGS, assim como no LUME. Logo em seguida, na guia “pesquisa avançada”, digitei as palavras-chaves de minha busca nos campos de pesquisa e selecionei a caixa para sinalizar as palavras adjacentes em “análise de conteúdo” e “educação física”. O resultado, bem mais refinado, trouxe apenas 2 trabalhos (na pesquisa com as palavras “saúde”, “análise de conteúdo” e “educação física”).

Tentei então buscar teses e dissertações apenas com as palavras “saúde” e “análise de conteúdo” devido ao fato de meu trabalho se relacionar também com o campo da saúde e não apenas com a educação física. O resultado foram 92 trabalhos, sendo que muitos da área da psicologia, que não tinham relação com a temática que eu propunha neste estudo.

Outro movimento foi buscar apenas por “análise de conteúdo” e “educação física”, partindo do princípio que, mesmo não aparecendo só os trabalhos relacionados com saúde, eu teria um resultado de produções da escola em que estou vinculada. O resultado foram 7 trabalhos e decidi então, realizar a verificação dos modos de uso da metodologia de pesquisa com este resultado (APÊNDICE A).

Apesar de apenas o primeiro trabalho se aproximar do tema deste estudo, identifiquei nos trabalhos de Piccinini, Santini, Silva e Reppold, formas similares de apresentação dos trechos relativos aos materiais ou as entrevistas analisadas: desenvolvendo a análise em conjunto com a apresentação dos materiais.

No primeiro movimento de categorização dos materiais selecionados por mim, havia feito a distribuição em duas categorias: o “pólo convergente” (em relação aos princípios do SUS) onde estavam os trechos relacionados à Portaria GM n.154 e pelo instrutivo do NASF (BRASIL, 2010a) e o “pólo divergente”, onde se encontravam a maioria dos trechos relacionados à Portaria n. 409/SAS/MS e à publicação do CONFEF intitulada “Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na Atenção Básica em saúde”.

Com a releitura dos materiais e o constante estranhamento do movimento que estava acontecendo de organização das categorias, algumas temáticas tiveram

relevo em relação aos trechos analisados e reorganizei o material conforme estes temas em 3 grandes grupos.

Partindo desta observação das formas de uso e apresentação dos dados dos trabalhos de teses e dissertações pesquisados e da organização das categorias de análise por temas, apresentarei os dados em três capítulos: “O fazer da educação física no SUS”, “o registrar da educação física no SUS” e “a barra da atividade física e das práticas corporais”.

Foram selecionados inicialmente 62 trechos a partir dos materiais consultados. Após a reorganização por temas, apenas 25 foram utilizados para compor a análise.

Na intenção de verificar se existia material disponível sobre a origem da nomenclatura das 7 especialidades da educação física apresentadas na Portaria n. 409/SAS/GM, foi realizada uma busca nas bases SABI e LUME, utilizando as especialidades como palavras-chave.

No quadro abaixo, apresento os resultados desta busca e algumas considerações:

Quadro 2 - Busca textual sobre as especialidades dos profissionais de educação física em relação à CBO

Avaliador Físico		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	01 trabalho encontrado	O trabalho se refere à temática qualidade de vida em idosos e somente cita a nomenclatura sem explorar seu significado ou definição.
Ludomosticista		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	Nenhum resultado.	
Preparador de Atleta		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	01 trabalho encontrado	O trabalho não trata da profissão em questão e sim do conhecimento específico sobre a preparação de atletas do futebol.
Preparador Físico		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	02 trabalhos encontrados	Referenciam apenas o trabalho específico deste profissional em relação a preparação física, também relativas ao futebol (nos dois trabalhos encontrados).
Técnico de desporto individual e coletivo		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	Nenhum resultado.	
Técnico de laboratório e fiscalização desportiva		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	Nenhum resultado.	
Treinador de futebol		
Lume	Nenhum resultado.	
SABi	16 trabalhos encontrados	Nenhum dos trabalhos tem relação com legislação em relação a nomenclatura ou legislação da especialidade.

Fonte: autora

Com a reorganização das categorias de análise para categorias temáticas, a busca por um levantamento de estudos na área foi feito através das bases de dados das bibliotecas da UFRGS (SABi) bem como no Portal de Periódicos da CAPES, em pesquisa por assunto e palavras adjacentes. O resultado desta busca estão demonstrados nos Apêndices B e C.

Devido às diferentes linhas de abordagem dos trabalhos encontrados, optei também por utilizar um referencial por indicação de meu orientador, das disciplinas

que fiz durante o curso de mestrado bem como outras referências que encontrei na trajetória de construção deste trabalho.

3 O FAZER DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS: AS DIRETRIZES PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Em relação à Educação Física, nos últimos anos, ainda que de forma incipiente, podemos observar a crescente discussão sobre a inserção desta profissão nos diferentes serviços do sistema. Diversas iniciativas do poder público colocam a Educação Física em destaque (PASQUIM, 2010). Uma dessas iniciativas, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), refere à emergência da inserção da profissão no SUS, sinalizando, logo em sua apresentação, a importância das questões relativas à atividade física nos processos de promoção, informação e educação em saúde (BRASIL, 2006). Mais adiante, descreve algumas possibilidades de ações no qual a Política vem a incentivar e, dentre elas, as ações de atividade física/práticas corporais³⁷. Essas indicações traduzem-se como compromisso para o cotidiano do sistema de saúde (MALTA, 2009), que pode sinalizar “um caminho sem volta” da inserção profissional nas ações de Promoção da Saúde.

Outra iniciativa importante foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da Portaria n.154, de 24 de janeiro de 2008. Os NASF trabalham em equipe com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Parte dos materiais que optei por utilizar neste trabalho são relativos ao NASF devido a minha experiência nesse serviço, mas não significa que a análise que segue seja restrita a ele. É importante salientar que pensar a Educação Física no NASF pode significar, também, pensar a Educação Física na ESF e na Atenção Básica. Por exemplo, questões como território em saúde ou as características singulares de cada comunidade são elementos comuns a toda atuação profissional em saúde, principalmente na ESF. O trecho³⁸ da Portaria n.154, a seguir, demonstra o envolvimento que qualquer profissional do NASF deve ter com as questões relativas ao conhecimento do território:

³⁷ O termo “atividade física/práticas corporais” é grafado deste modo na PNPS.

³⁸ Todos os trechos do material selecionado e analisado estarão sinalizados com uma barra lateral esquerda.

Ao reconhecer que há temas/situações demandadas à equipe de Saúde da Família, faz-se necessário que identifique o que é mais prevalente no seu território. Ela deve organizar suas ofertas levando-se em conta as especificidades da clientela adscrita, que inclui o contexto local (BRASIL, 2008a).

A Saúde está diretamente vinculada às condições sociais, econômicas e políticas (LUZ, 2007), e a Educação Física parece estar voltada em sua maioria para a dimensão biológica (CARVALHO, 2001, BAGRICHEVSKY, 2005), onde o corpo, o orgânico é o determinante em detrimento a outros elementos importantes no processo saúde-doença.

Atualmente, a prática formadora é direcionada para o setor privado (clubes, hotéis, academias, etc.) que reproduz a política voltada para o consumo e para os interesses das indústrias de cosméticos, de equipamentos, de beleza e de lazer (CARVALHO, 2001). O corpo biológico é o mais relevante em detrimento à subjetividade.

Ao fazer as leituras dos trechos recolhidos, que foram agrupados na categoria “O fazer da Educação Física no SUS”, nota-se claramente a diferença das indicações para o profissional de Educação Física em relação aos materiais do CONFEF e do instrutivo do NASF. Ambos foram publicados trazendo indicações e informações sobre modos de fazer no SUS, ou seja, o processo de trabalho, apesar de algumas imprecisões em relação aos conceitos de Atenção Básica, Promoção da Saúde dentre outros, pelo material publicado pelo CONFEF.

Alguns trechos demonstram que a lógica de indicações do instrutivo do NASF (BRASIL, 2010a), esperadamente, está em consonância com os princípios do SUS e da lógica de trabalho proposta para NASF, enquanto as indicações do material publicado pelo CONFEF demonstra um direcionamento para as questões biológicas em sua maioria. Além disso, desenha uma imagem do profissional de Educação Física quase que onipotente, que trabalha com seus próprios formulários e seus próprios protocolos de atendimento. O trecho a seguir refere à indicação do material do CONFEF ao profissional de Educação Física que vai atender a grupos nos serviços de saúde:

Na realização de programas públicos e/ou privados com grande número de participantes e indispensável uma triagem inicial dos praticantes, o que permite, inclusive, identificar indivíduos que necessitam de acompanhamento médico. Esse procedimento, além de garantir maior segurança a todos os segmentos envolvidos com o programa, e de suma

importância na conscientização dos praticantes sobre a necessidade de realizarem exames periódicos, principalmente indivíduos que apresentarem sintomas ou fatores de risco (CONFEEF, 2010, p. 29).

A lógica do trabalho em equipe parece ser conflitante com a indicação desse material. Mesmo que o profissional de Educação Física atenda diretamente usuários do sistema em atividades que podem ser diversas (e não somente relacionadas às práticas corporais), cabe discutir casos e tomar decisões em conjunto. Após esse trecho, o material do CONFEEF continua descrevendo as condutas que orientam a atuação profissional em relação:

- a fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular;
- à estratificação de risco para prática de exercícios físicos;
- a definições de intensidades de exercício físico;
- aos principais sinais ou sintomas sugestivos de doença cardiovascular, pulmonar ou metabólica;
- aos procedimentos e equipamentos para testes.

Não tenho a pretensão de negar a importância das questões ligadas ao biológico do indivíduo e dos fatores de risco associados principalmente às doenças crônicas, mas quero destacar a força que tem esse aspecto nas orientações de conduta do profissional de Educação Física na atenção básica pelo CONFEEF em detrimento às questões sociais necessárias para o entendimento do trabalho em saúde e do próprio SUS. O cuidado em saúde requer outros elementos além do saber técnico.

Portanto, o saber técnico é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e a formação dos profissionais deve envolver os aspectos humanos e pessoais, os valores, os sentimentos, a visão de mundo de cada um, bem como cada um percebe e representa o SUS. (BRASIL, 2010a, p. 19)

As ações do NASF não dizem respeito apenas ao cuidado direto dos usuários. Cada equipe do NASF pode ser “responsável” por até 20 equipes de SF. Este número varia para cada município, pois depende de diversos fatores como, por exemplo, número de equipes de SF, número de habitantes (o que determinará o tipo de NASF possível de ser habilitado), dentre outros.

O trabalho da equipe NASF junto às equipes de SF se dá, principalmente, através do apoio matricial. Por exemplo, as equipes de SF são responsáveis pelos usuários do seu território. Quando em uma dada circunstância em que não é possível resolver o problema, ela não encaminha o usuário a outros serviços ou a outra equipe, e sim pede apoio. Nesse caso, a equipe do NASF dará apoio necessário e possível às equipes de SF em diferentes saberes profissionais que são elencados pelos gestores conforme a demanda da população/equipe de SF e das categorias profissionais que a Portaria n.154 propõe. Por esse motivo, NASFs diferentes terão composições diferentes, mesmo em um único município.

A lógica de trabalho em equipe, o apoio matricial, e as singularidades do trabalho no SUS não estão de acordo com aquilo que o material do CONFEF indica – uma ordem normativa e protocolar das práticas de cuidado do profissional de educação física.

Este profissional atuará avaliando o estado funcional e morfológico dos beneficiários, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde, prescrevendo, orientando e acompanhando exercícios físicos, tanto para pessoas consideradas “saudáveis”, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quanto para grupos de portadores de doenças e agravos, atuando diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco (CONFEF, 2010, p. 22).

Talvez seja mais adequado em serviços de saúde privado, ou ainda em academias de ginástica, mas o título indica que o material é direcionado à Atenção Básica. É como se a Educação Física estivesse em uma “cápsula de conhecimento técnico e específico” dificultando o compartilhamento com os demais profissionais.

As orientações do *Caderno de Atenção Básica*, n.27 – o instrutivo do NASF, chamam a Educação Física para “a conversa” com o SUS em diversos momentos, atentando para este fato:

Nesse sentido recomenda-se que o profissional de Educação Física favoreça em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presentes localmente e as que são difundidas nacionalmente, procurando fugir do aprisionamento técnicopedagógico dos conteúdos clássicos da Educação Física, seja no campo do esporte, das ginásticas e danças, bem como na ênfase à prática de exercícios físicos atrelados à avaliação antropométrica e à performance humana. (BRASIL, 2010a p. 126)

Como é possível perceber, o conteúdo do *Caderno* reconhece a principal contradição da Educação Física quando se refere à saúde, o aprisionamento técnico-pedagógico que acaba restringindo as inúmeras possibilidades que se abrem quando se refere à cultura corporal de movimento.

Surgem assim dois princípios norteadores da atuação do profissional: a compreensão e contextualização histórica dos fenômenos, conceitos e determinações que envolvem a prática de atividade física na contemporaneidade, de forma a vislumbrar concepções hegemônicas de corpo, massificadas pela grande mídia, como as problemáticas relativas a gênero, de etnia, do trabalhador e aos ciclos de vida, acesso e prática de esportes, à transformação do lazer em mercadoria para o consumo, entre outros; todas imbricadas nas relações sociais. (BRASIL, 2010a, p. 126)

No trecho anterior, o instrutivo do NASF ressalta a importância de um profissional crítico, entendendo o corpo e as práticas corporais no contexto social, pois o discurso comum dos profissionais da área que atuam no campo da saúde, seja pública ou privada, é relacionado de maneira geral à melhoria da qualidade de vida das pessoas. Mas a prática acaba sendo ainda aquela da aptidão física e treinamento, deixando em segundo plano a produção de relações interpessoais com potencial para ressignificar a relação do indivíduo com o mundo, que possa produzir vida.

Freire, em 2001, sinalizava a falta de identidade profissional da Educação Física em relação à atuação no campo da saúde:

[...] pois quando questionado sobre a importância da Educação Física para a sociedade, ou sobre os objetivos do serviço prestado, afirma que seu trabalho visa a uma melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas. Essas afirmações tão genéricas expõem a fragilidade e a falta de clareza dos profissionais sobre a especificidade da profissão, haja vista que se espera, de muitas outras áreas, a contribuição para que objetivos tão complexos possam ser atingidos (FREIRE; VERENGUER; REIS 2001, p. 40).

De fato, a complexidade dos problemas de saúde requer uma construção dos processos de trabalhos entre a equipe de maneira a compartilhar o conhecimento e não retê-los em sua especificidade profissional. Ir ao encontro deste entendimento não é tarefa apenas da Educação Física – também das demais profissões de saúde, mas é importante salientar que a Educação Física tem sido convocada a atuar no

campo da saúde, mas ainda se percebe uma lógica de trabalho, ou “estilo de pensamento”³⁹, centrada nas ciências biológicas.

Luz (2007 p.25) coloca que aproximação da Educação Física da saúde coletiva⁴⁰ pode contribuir para a compreensão da sua prática pedagógica de maneira contextualizada, considerando os fatores culturais, históricos, econômicos e políticos, devido às discussões fundamentadas nas ciências humanas, fazendo um contraponto à visão estritamente biológica do corpo em detrimento aos elementos da cultura corporal como manifestações e expressões humanas, portanto, com historicidade e significado. Gomes (2007) reconhece que apesar das ações que já ocorrem por meio de iniciativas pontuais e promocionais em todo país, existe a necessidade de refletir sobre as questões metodológicas e pedagógicas para atuação do profissional de Educação Física nas políticas públicas de saúde.

Já do outro lado da “margem”, o sistema CREF/CONFED opera numa linha mais restritiva, a partir daí em uma lógica corporativa que procura circunscrever determinados procedimentos à atuação exclusiva do profissional de Educação Física, como é possível perceber no trecho a seguir, extraído da Resolução n.046/2002 do CONFED.

O Profissional de Educação Física é especialista em atividades físicas, nas suas diversas manifestações - ginásticas, exercícios físicos, desportos, jogos, lutas, capoeira, artes marciais, danças, atividades rítmicas, expressivas e acrobáticas, musculação, lazer, recreação, reabilitação, ergonomia, relaxamento corporal, ioga, exercícios compensatórios à atividade laboral e do cotidiano e outras práticas corporais, tendo como propósito prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para a consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo. (CONFED, 2002).

Por mais que a indicação de atuação profissional da resolução seja ampla, dada à diversidade de “especialidades”, este trecho parece uma tentativa de

³⁹ Inspirado no texto de Da Ros (2005).

⁴⁰ O termo saúde coletiva nasce no contexto do movimento sanitário como um campo de estudos que reúne a Saúde Pública, a Saúde Preventiva e Social, a Epidemiologia, a Saúde e Sociedade e outras aplicações das Ciências sociais e Humanas em Saúde (CECCIM, 2008 p.13).

contemplar todo o objeto de conhecimento da Educação Física e, mesmo assim, os direcionamentos para o campo da saúde indicados nos materiais do CONFEF são restritos por dizerem respeito, em sua maioria, à receita para prescrição de exercícios físicos⁴¹ – o que o profissional deve fazer antes, durante e depois da intervenção, com uma aparente certeza dos acontecimentos por vir. Essa simplicidade e certeza emergem da via única utilizada para estruturação da intervenção: as implicações orgânicas do movimento humano. No campo da saúde, o cuidado deve ir além dessa noção estreita de saúde. Valter Bracht (1999) já sinalizava a preocupação com a utilização de um novo referencial para entender o movimento humano a partir da mudança do imaginário social:

Para realizar tal tarefa é fundamental entender o objeto da EF, o movimentar-se humano, não mais como algo biológico, mecânico ou mesmo apenas na sua dimensão psicológica, e sim como fenômeno histórico-cultural. Portanto, essa leitura ou esse entendimento da educação física só criará corpo quando as ciências sociais e humanas forem tomadas mais intensamente como referência. No entanto, é preciso ter claro que a própria utilização de um novo referencial para entender o movimento humano está na dependência da mudança do imaginário social sobre o corpo e as atividades corporais. (BRACHT, 1999, p. 81)

Ainda é incipiente a discussão acerca das diferenças conceituais entre atividade física e práticas corporais. O CONFEF, na tentativa de reforçar o seu lugar na sociedade quando dissemina informações do quão importante para a população é praticar atividade física orientada, reforça o imaginário da população de que é mais importante pensar no bom funcionamento da máquina corporal do indivíduo do que no próprio indivíduo.

O conhecimento das entranhas do corpo e seu funcionamento, os efeitos do exercício físico em relação aos parâmetros fisiológicos e à prevenção de doenças são de suma importância, mas a Educação Física não deve organizar e planejar o trabalho em saúde como se somente este modo de operar fosse relevante. Desde a publicação da PNPS há um “convite” da Educação Física como profissão permanente no SUS. Mas a promoção de saúde pode “sugerir” que as pessoas façam uma determinada prática corporal pela própria prática corporal (dança pela dança) e não porque estão em um grupo de risco, por exemplo. Como é para a Educação Física lidar com isso? E se o convite for para trabalhar com o “não

⁴¹ Este tema é abordado na seção 1.4.

movimento”? Como a Educação Física, atravessada pela lógica do combate ao sedentarismo, ou pela aptidão física, desenvolve um planejamento para algum usuário do sistema de saúde que tem indicação de não se movimentar? Possível? Não tenho a pretensão de responder essas perguntas neste trabalho, mas elas surgem inevitavelmente quando se discute a atuação profissional da Educação Física no SUS. Exemplos de pessoas com anorexia nervosa ou doenças que degeneram o sistema nervoso, afetando diretamente o sistema locomotor (ou algumas vezes aceleram o processo de degeneração pelo próprio movimento) podem ser realidades do cotidiano do trabalho no SUS.

A Educação Física tem como elemento presente em sua intervenção profissional – e não é diferente no NASF – o caráter pedagógico. A educação e a promoção de saúde são eixos que estruturam o processo de trabalho do profissional de Educação Física no SUS e seria interessante ampliar a discussão acerca do tema no campo da Educação Física.

Assim, no contexto do SUS, entendendo a produção da saúde como resultante dos determinantes e condicionantes sociais da vida, é que o eixo temático das PCAF⁴², nos termos previstos na PNPS, se ressignifica, vislumbrando novas possibilidades de organização e de manifestação. Nesse sentido, destaca-se como essencial para a atuação do profissional de saúde o reconhecimento da promoção da saúde como construção gerada nessa dinâmica de produção da vida, [...] (BRASIL, 2010a, p. 124).

A intervenção pedagógica em educação em saúde no âmbito do movimento humano é de maneira geral, o objeto de intervenção da Educação Física no SUS, seja para com a equipe de saúde através do matriciamento ou intervenção direta com o usuário. O processo de trabalho, como deve ou não ser conduzido, se constrói no cotidiano do SUS a partir da demanda da população e do serviço, baseado em práticas exitosas compartilhadas através das redes ou ainda pela reinvenção das práticas de cuidado no campo da Educação Física, e não por convenções corporativas que buscam reservar mercado de trabalho, tal como apregoado nos documentos do CONFEF analisados nesta dissertação.

⁴² Práticas Corporais e Atividade Física.

4 O REGISTRAR DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS

4.1 CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é o documento normalizador do reconhecimento para fins classificatórios da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Não tem função de regulação profissional. É uma classificação enumerativa e descritiva ao mesmo tempo. Sua atualização e modernização se devem às profundas mudanças ocorridas no cenário cultural, econômico e social do País nos últimos anos, implicando alterações estruturais no mercado de trabalho (BRASIL, 2010c).

A responsabilidade de elaboração e atualização da CBO é do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) desde o início de sua construção. É referência obrigatória dos registros administrativos que irão alimentar os diversos programas da política de trabalho do País. É uma ferramenta relevante para organização dos dados estatísticos que vão desde o emprego-desemprego, taxas de natalidade-mortalidade das ocupações, elaboração de currículos, planejamento da educação profissional, rastreamento de vagas, e serviços de intermediação de mão-de-obra (BRASIL, 2010c).

A estrutura básica da CBO foi elaborada em 1977, resultado do convênio firmado entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU), por intermédio da Organização Internacional do Trabalho (OIT), no Projeto de Planejamento de Recursos Humanos (Projeto BRA/70/550), tendo como base a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações - CIUO de 1968. Com a alteração dos critérios de agregação das ocupações pela Classificação Internacional – CIUO88, de 1988, e um descompasso entre a nomenclatura da CBO da época e dos dados censitários do IBGE (que utilizava nomenclatura própria), houve um esforço de articulação entre os órgãos brasileiros na tentativa de unificá-las para que facilitasse tanto a comparação de dados no território nacional como a comparação das estatísticas geradas com em outros países (BRASIL, 2010c).

A partir das iniciativas de unificar as classificações em território nacional, foi instituída em 1994 a Comissão Nacional das Classificações (Concla), que constituiu um trabalho conjunto do MTE e IBGE para elaborar a classificação única. Como resultado deste trabalho, é publicada a Portaria do MTE n.397, de 09.10.2002, que

aprovou a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), versão 2002 (BRASIL, 2010c).

Esta versão contém as ocupações organizadas e descritas por famílias ocupacionais, cada uma delas correspondente a um conjunto de ocupações similares que integram um domínio de trabalho mais amplo do que aquele da ocupação (NOZOE, 2003). Para um melhor entendimento, busco o exemplo da Educação Física: a família organizacional *Profissionais de Educação Física* “abriga” os códigos de CBO listados na Portaria n.409 (Quadro 1), mas esta família não é um código em si. Outro exemplo, a família *Professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior* é que “abriga” o código da CBO *Professor de Educação Física no Ensino Superior*, citado algumas vezes neste trabalho.

4.2 CBO vs. PROCEDIMENTOS DA EDUCAÇÃO FÍSICA: UMA RELAÇÃO CONFLITANTE

O grande nó que surge da minha experiência no serviço de saúde de Sapucaia do Sul, RS, e dá origem a este trabalho, é a relação procedimento *versus* CBO da Educação Física no NASF.

De fato, quando me deparei com a tabela de especialidades profissionais (Quadro 1) da Portaria n.409/2008, demonstrada na apresentação deste trabalho, percebi que havia um viés corporativo naquelas especialidades, o que me levou a buscar materiais do CONFEF que pudessem me ajudar a entender até que ponto as informações divergiam do que estava proposto nas diretrizes do NASF.

A tabela referida demonstra que os profissionais de Educação Física são divididos em sete “especialidades”, e algumas dessas parecem “estar deslocadas” do contexto do NASF e da ESF, como, por exemplo, a especialidade “Treinador de futebol”, que me parece pouco ajustada aos princípios e demasiada específica para estar na Atenção Básica. Esta CBO foi pensada para atender uma demanda específica do campo de atuação profissional ligado ao desenvolvimento do esporte de alto rendimento, e seu escopo não guarda uma relação direta com a atenção à saúde em nenhum dos níveis, não apenas na Atenção Básica. Logo, dificilmente um gestor que precisa contratar apenas um profissional de Educação Física para compor uma equipe de NASF, trabalhando em conjunto com 5, 8 ou mais equipes

de ESF, entenda que um profissional específico do futebol seja adequado para ocupar a vaga de Educação Física na equipe do NASF.

Essas 7 ocupações da Educação Física junto ao Ministério do Trabalho (MTE) que foram “transplantadas” e chamadas de especialidades da Educação Física pela Portaria n. 409/2008. Essas especialidades estão relacionadas à família “profissional de Educação Física” na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Antes da habilitação do NASF, em qualquer serviço de saúde, o sistema de informação dos municípios poderia optar por registrar o profissional de Educação Física vinculado à saúde tanto em uma das 7 especialidades/ocupações, como em outras duas ocupações relacionadas à educação: a de “professor de Educação Física do ensino médio” ou “professor de Educação Física do ensino superior”.

Pode parecer estranho num primeiro momento pensar na utilização de um código da CBO da área da educação para registrar profissionais e serviços de saúde, mas isso de fato acontecia por que antes de 2002, a última grande atualização da CBO, só havia códigos para a Educação Física com atuação na educação. Não consegui acesso a informações referentes aos anos anteriores a 2002 para verificar se as 7 especialidades já existiam como ocupações “isoladas”, não agrupadas na família de profissionais de Educação Física, mas suponho que não.

Refletir se as especialidades são ou não adequadas ou suficientes para a atuação do profissional de Educação Física não é o mote deste trabalho, mas acredito ser necessária uma revisão destas classificações para contemplar o vasto campo de atuação deste grupo de profissionais ao qual pertencem.

Na Resolução n.046/2002 do CONFEF consta um trecho que sinaliza a intervenção do Órgão na modificação da CBO da Educação Física:

No ano de 2000, identificamos que a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO estava em processo de modificação, tendo em vista o estabelecimento de nova classificação, imediatamente, nos debruçamos sobre a matéria divulgando e informando à categoria profissional como seria esse processo e de que forma se poderia estar intervindo junto ao Ministério do Trabalho, visto que a Profissão de Educação Física, no Brasil, está mudando no sentido de acompanhar as transformações que se processam em nossa sociedade (CONFEF, 2002).

Considerando o lançamento da PNPS, em 2006, e o NASF, em 2008, em 2000 ou 2002, quando houve a atualização da CBO, talvez não se pensasse nas

questões da intervenção da Educação Física no SUS, já que esta discussão emerge com mais força a partir do lançamento da PNPS. De qualquer forma, esta decisão das especificidades de intervenção da Educação Física acabou por influenciar a construção das ocupações junto ao MTE e dificultar a identidade e o registro profissional daquele que atua no SUS.

Abaixo o trecho da mesma Resolução que define as especificidades da intervenção profissional da Educação Física:

1 - REGÊNCIA/DOCÊNCIA EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Intervenção: Identificar, planejar, programar, organizar, dirigir, coordenar, supervisionar, desenvolver, avaliar e lecionar os conteúdos do componente curricular/disciplina Educação Física, na Educação Infantil, no Ensino Fundamental, Médio e Superior e nas atividades de natureza técnico-pedagógicas (Ensino, Pesquisa e Extensão), no campo das disciplinas de formação técnico-profissional no Ensino Superior, objetivando a formação profissional.

2 - TREINAMENTO DESPORTIVO

Intervenção: Identificar, diagnosticar, planejar, organizar, dirigir, supervisionar, executar, programar, ministrar, prescrever, desenvolver, coordenar, orientar, avaliar e aplicar métodos e técnicas de aprendizagem, aperfeiçoamento, orientação e treinamento técnico e tático, de modalidades desportivas, na área formal e não formal.

3 - PREPARAÇÃO FÍSICA

Intervenção: Diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, programar, ministrar, desenvolver, prescrever, orientar e aplicar métodos e técnicas de avaliação, prescrição e orientação de atividades físicas, objetivando promover, otimizar, reabilitar, maximizar e aprimorar o funcionamento fisiológico orgânico, o condicionamento e o desempenho físico dos praticantes das diversas modalidades esportivas, acrobáticas e artísticas.

4 - AVALIAÇÃO FÍSICA

Intervenção: Diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, programar, ministrar, desenvolver, prescrever, orientar, identificar necessidades, desenvolver coleta de dados, entrevistas, aplicar métodos e técnicas de medidas e avaliação cineantropométrica, biomecânica, motora, funcional, psicofisiológica e de composição corporal, em laboratórios ou no campo prático de intervenção, com o objetivo de avaliar o condicionamento físico, os componentes funcionais e morfológicos e a execução técnica de movimentos, objetivando orientar, prevenir e reabilitar o condicionamento, o rendimento físico, técnico e artístico dos beneficiários.

5- RECREAÇÃO EM ATIVIDADE FÍSICA

Intervenção: Diagnosticar, identificar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, ministrar, desenvolver, prescrever, orientar, avaliar e aplicar atividades físicas de caráter lúdico e recreativo, objetivando promover, otimizar e restabelecer as perspectivas de lazer ativo e bem estar psicossocial e as relações sócio-culturais da população.

6 - ORIENTAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS

Intervenção: Diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, desenvolver, prescrever, orientar, avaliar, aplicar métodos e técnicas motoras diversas, aperfeiçoar, orientar e ministrar os exercícios físicos, objetivando promover, otimizar, reabilitar e aprimorar o funcionamento fisiológico orgânico, condicionamento e o desempenho fisiocorporal, orientar para: o bem-estar e o estilo de vida ativo, o lazer, a sociabilização, a educação, a expressão e estética do movimento, a prevenção de doenças, a compensação de distúrbios funcionais, o restabelecimento de capacidades fisiocorporais, a auto-estima, a cidadania, a manutenção das boas condições de vida e da saúde da sociedade.

7 - GESTÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO

Intervenção: Diagnosticar, identificar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, ministrar, desenvolver, prescrever, prestar consultoria, orientar, avaliar e aplicar métodos e técnicas de avaliação na organização, administração e/ou gerenciamento de instituições, entidades, órgãos e pessoas jurídicas cujas atividades fins sejam atividades físicas e/ou desportivas (CONFEF, 2002).

Em um primeiro olhar sobre essas especificidades, já conhecendo as 7 ocupações do MTE para aos profissionais de Educação Física, logo percebi que haviam 7 “itens” para cada documento. Ao comparar mais detidamente o Quadro 1 e o trecho do material do CONFEF descrito acima, pude constatar que não havia uma relação direta entre ambas. Esta relação está demonstrada no quadro abaixo:

Quadro 3 - Relação entre as especialidades da educação física pelo CONFEF e ocupações da educação física pelo MTE

Especificidades da Educação Física para o CONFEF	Ocupações da Educação Física para o MTE
- Regência/Docência em física	
- Treinamento desportivo	- Preparador de atleta - Treinador de futebol - Técnico em desporto individual e coletivo (exceto futebol)
- Preparação física	- Preparador físico
- Avaliação física	- Avaliador físico
- Recreação em atividade física	- Ludomotricista
- Orientação de atividades físicas	- Preparador físico
- Gestão em educação física e desporto	

De fato, as únicas duas especificidades descritas pelo CONFEF que ficaram sem relação direta com as ocupações da Portaria n.409/2008 foram a “Regência/Docência em Educação Física” e a “Gestão em Educação Física e Desporto”. Para fins de registro profissional, de modo geral e sem especificar o campo, compreendo com algum limite esta classificação por tratarem de áreas de

atuação diferentes – uma na escola e outra específica de gestão em desporto, mas em relação à intervenção, a docência é um componente transversal à maior parte das intervenções da Educação Física, seja ela nos campos do lazer, educação, saúde e desporto.

Mas retomando às questões relativas ao NASF, busquei nos materiais analisados a relação de possíveis procedimentos que poderiam ser registrados pelo profissional quando no serviço de saúde. O quadro 5 demonstra a relação CBO *versus* procedimentos possíveis de registro para a Educação Física no NASF:

Quadro 4 - CBO vs procedimentos possíveis de registro

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	PROCEDIMENTO
224105 - Avaliador físico	0101010036 - PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
	0101010044 - PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224110 - Ludomotricista	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224115 - Preparador de atleta	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224120 - Preparador físico	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224125 - Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)	0101010036 - PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
	0101010044 - PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224130 - Técnico de laboratório e fiscalização desportiva	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)
224135 - Treinador profissional de futebol	0301080011 - ABORDAGEM COGNITIVA COMPORTAMENTAL DO FUMANTE (POR ATENDIMENTO / PACIENTE)

Fonte: BRASIL, 2012.

Considerando a direção que o instrutivo do NASF e a Portaria n.154/2008 sinalizam, descritas no capítulo 2 deste trabalho, esperava encontrar procedimentos

para registro que fossem condizentes, por exemplo, com atividades educativas, já que a principal forma de gestão do trabalho nos NASF se dá a partir do matriciamento, na qual a dimensão técnico-pedagógica é a referência para a condução das práticas dos profissionais desse serviço.

Penso que os profissionais de Educação Física, implicados nas propostas do SUS, ao se depararem com o quadro de especialidades, se veem um tanto confusos e podem não se sentir ajustados àquela classificação de ocupações. Pasquim (2010) afirma “que existe de fato uma má identificação da Educação Física na CBO, para a qual não existe uma orientação geral para cadastro no SUS”. A forma de registro da maneira como tem sido realizada pode alimentar outras informações que tanto influenciam a formação como a regulação da Educação Física.

A escolha de qual CBO será usada no cadastrado junto ao CNES é uma decisão política do município ao qual o profissional está vinculado. No quadro 5, é possível observar que somente para os códigos da CBO “Avaliador Físico” e “Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol)” é possível registrar algum procedimento além de “abordagem cognitivo-comportamental do fumante”.

Cabe salientar que o procedimento, de forma geral, diz respeito àquilo que o profissional tem como intervenção a registrar – um atendimento de fato, mesmo que seja como atendimento de matriciamento (com os profissionais da equipe de ESF, por exemplo). É como se a única intervenção possível para um profissional registrado no NASF como Preparador Físico, caso haja um, fosse algum tipo de intervenção voltada para um grupo de fumantes. Na prática, o profissional de Educação Física atua com atividades educativas relacionadas às práticas corporais, que seja sob a forma de matriciamento, quer seja diretamente com os usuários, mas acaba por não registrar a informação de procedimento requerida, ou ainda, registrando “qualquer coisa” para alimentar o sistema de informação do município e, assim, computar a atividade realizada.

Esses desencontros no sistema de informações podem interferir nas práticas de cuidado e no conhecimento que vêm sendo produzido na área da saúde. Se a informação correta chega ao sistema de informação no âmbito federal, é possível mapear as práticas e fazer uso da informação em prol da construção das políticas de saúde, bem como acessar práticas exitosas que venham a contribuir para a discussão da Educação Física no âmbito da saúde.

Desde que a Portaria n.409/2008 foi publicada, o CNES sinaliza um erro na tentativa de registro de um profissional de Educação Física do NASF com outro CBO que não seja um daqueles relacionados como especialidades da profissão, não sendo mais possível, pelo menos até a data da conclusão deste trabalho, usar os códigos da CBO de professor de Educação Física do ensino médio e superior, tal como era feito antes, especificamente para o NASF. Nos diferentes serviços de saúde, como hospitais, clínicas privadas e em situações em que o município opta por contratar profissional da Educação Física para trabalhar diretamente com uma UBS ou ESF, há possibilidade, ainda, de registro com CBO de professor de Educação Física no ensino médio ou superior.

Por mais que a CBO de professor de educação física seja relacionada ao campo da educação, ainda temos a possibilidade de registro de inúmeros outros procedimentos em relação às CBO “legítimas” do NASF. Vou tomar como exemplo o “professor de Educação Física no ensino superior”. São 18 procedimentos possíveis de registro que incluem atividades que considero intimamente relacionadas ao trabalho da Educação Física no SUS, como, por exemplo, atividade educativa em grupo, visita domiciliar, atendimentos e oficinas em saúde mental, etc.

Quadro 5 - CBO professor de educação física no ensino superior vs procedimentos possíveis

234410 - Professor de educação física no ensino superior	0101010010 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA
	0101010028 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA
	0101010036 - PRÁTICA CORPORAL / ATIVIDADE FÍSICA EM GRUPO
	0101010044 - PRÁTICAS CORPORAIS EM MEDICINA TRADICIONAL CHINESA
	0101030029 - VISITA DOMICILIAR/INSTITUCIONAL EM REABILITAÇÃO - POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR
	0301010030 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO BÁSICA (EXCETO MÉDICO)
	0301010137 - CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA
	0301080038 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAÚDE MENTAL TERCEIRO TURNO
	0301080046 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM SAÚDE MENTAL (RESIDÊNCIA TERAPEÚTICA)
	0301080054 - ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE C/ TRANSTORNOS MENTAIS
	0301080062 - ACOMPANHAMENTO INTENSIVO DE PACIENTE EM SAÚDE MENTAL
	0301080070 - ACOMPANHAMENTO INTENSIVO P/ USUÁRIO DE ALCOOL / DROGAS
	0301080097 - ACOMPANHAMENTO NÃO INTENSIVO DE PACIENTE USUÁRIO DE ALCOOL / DROGAS
	0301080119 - ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO DE CRIANÇA E ADOLESCENTE COM TRANSTORNOS MENTAIS
	0301080135 - ACOMPANHAMENTO SEMI-INTENSIVO PARA USUÁRIO DE ALCOOL / DROGAS
	0301080143 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEÚTICA I - SAÚDE MENTAL
	0301080151 - ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPEÚTICA II - SAÚDE MENTAL
	0301100039 - AFERIDAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL

Fonte: BRASIL, 2012.

Além de retroalimentar a discussão do campo profissional da Educação Física e interferir na construção das políticas públicas em saúde, a falta de registro adequado das atividades de qualquer profissional/equipe de saúde gera impedimentos ao município no que se refere ao recebimento de verba relativa ao pagamento dos procedimentos junto às esferas federal e estaduais. Além disso, não é possível dar visibilidade no sistema de informações acerca de projetos que os municípios podem estar desenvolvendo com incentivo de outros editais, sem necessariamente contar com as verbas oriundas de procedimentos.

Todas as especialidades citadas na Portaria n. 409/2008 tem “colada” em sua nomenclatura uma ideia de atividades que podem ser realizadas no NASF ou na Atenção Básica de forma geral. É possível que a demanda seja de avaliação física, de atividades lúdicas, de preparação física ou até mesmo de um jogo de futebol com os usuários. Não se exclui nenhuma destas possibilidades, o problema está na predeterminação do que pode ou não pode ser feito, na redução do escopo de atuação do profissional de Educação Física que advém deste fracionamento, pois é justamente o caráter transversal da ação pedagógica realizada (tanto no matriciamento quanto na intervenção direta com usuários), que reside toda a potencialidade do trabalho feito em nome da Educação Física, principalmente no NASF.

Dentre as inúmeras possibilidades de intervenção relacionadas às práticas corporais previstas na Portaria n.154/2008, destaco um trecho relevante para compor a crítica em relação à restrição de registro (e no meu entender também de atuação) do profissional de Educação Física no NASF:

[...] incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais (BRASIL, 2008a).

Como dar conta desta complexidade, considerando a especificidades dos indivíduos e das comunidades, se a Portaria n. 409/2008 restringe a possibilidade de registro e conseqüente perda de informações para o principal interessado: o que produz e publica as Portarias.

Moraes (2007) já sinalizava que “a atual práxis informacional em saúde se constitui em uma limitante aos avanços necessários para ampliar a capacidade de resposta do Estado brasileiro, na busca pela melhoria da situação de saúde” (p.554). Mesmo com os avanços tecnológicos e com os discursos em relação ao uso da informação, para este mesmo autor a prática ainda é díspare e desconexa.

O uso inadequado da informação, como no caso dos registros da CBO da Educação Física no NASF e seus procedimentos correlatos, não demonstra para o campo específico (em especial a formação inicial em Educação Física) a real demanda do Sistema de Saúde, através das práticas que estão sendo realizadas nos municípios. Ou ainda, o CONFEF, que na Resolução n.046/2002 sinaliza a

influência na decisão de quais atividades o profissional deve intervir, por meio de recomendações para os profissionais na Atenção Básica, não “conversa” com a demanda do SUS. Neste sentido, o CONFEF parece afirmar para o campo da saúde o que “ela” deve fazer no momento em que define quais devem ser as especialidades de intervenção, quando o ideal seria se ater à fiscalização do exercício profissional.

Isso demonstra o efeito *lock-in* nas ações governamentais, ou seja, o quanto “as coisas estão amarradas” e trazem consequências que podem não estar na direção desejada em um primeiro momento. O efeito *lock-in*, conforme Menecucci (2005), está intimamente ligado ao fato de que as regras do jogo são estabelecidas pelas políticas públicas. A autora afirma que “isso, além de facilitar a formação ou expansão de grupos particulares, encoraja determinadas ações e bloqueia outras” (MENEUCCI, 2005, p.4). Nesse caso, da mesma forma que o NASF possibilitou a inserção do profissional da Educação Física na Atenção Básica, inibe a possibilidade de registro das ações deste profissional, acarretando efeitos dos mais variados para os municípios, bem como para a área de conhecimento da Educação Física.

Durante o levantamento e análise preliminar do material empírico deste estudo, senti necessidade de buscar informações que não encontrava nos documentos disponíveis. Ao encontrar as primeiras disparidades na relação CBO vs. procedimentos, busquei verificar que CBO os municípios estavam efetivamente cadastrando os profissionais de Educação Física no CNES no Estado do RS.

O Quadro 7 mostra o resultado desta busca pelas 7 especialidades que constam na Portaria n. 409/2008, bem como dos outros dois CBO que são usados para outros serviços de saúde que não o NASF.

Quadro 6 - Profissionais de educação física registrado no CNES no RS

Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Cidade	n° de prof. reg.	Observações
Avaliador Físico (2241-05)	Porto Alegre	10	Todos registros são provenientes do HCPA
	Rio Grande	06	Diferentes unidades em registro de um mesmo profissional. Todos ativos. UBSF.
	Sapucaia do Sul	05	3 profissionais em NASF/CESAME e 2 em serviço privado.
Ludomotricista (2241-10)	Sem Registros		
Preparador de Atleta (2241-15)	Sem Registros		
Preparador Físico (2241-20)	Porto Alegre	11	Todos registros proveniente de hospitais privados (HEPA e HMD).
	São Francisco de Assis	4	Todos na Atenção Básica
	Rio Grande	2	Serviço de Atenção Básica e Policlínica.
Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceto Futebol) (2241-25) *	Canoas	1	UBS
	Panambi	1	Centro de especialidades + "Academia Panambi"
	Três Coroas	1	Posto de Saúde
Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva (2241-30)	Sem Registros		
Treinador de Futebol (2241-25)	Sem Registros		
Professor de Educação Física no Ensino Médio (2321-20) **	Porto Alegre	2	Hospitais (HMD e HCPA)
	Uruguaiana	1	Unidade Sanitária
	Passo Fundo	1	Clínica Privada
	Três Coroas	1	Hospital Privado
Professor de Educação Física no Ensino Superior (2344-10)	Pelotas	4	CAPS
	Uruguaiana	8	Unidades Sanitárias (um dos profissionais também está ligado ao SAMU com carga horária de 1 hora) e Postos de Saúde.
	Porto Alegre	4	Clínica Privada (Imede) e 1 profissional ao HCPA, também com vínculo ativo ao distrito GCC.

Fonte: CNES, 2012.

Como pretendia apenas exemplificar a situação atual dos profissionais cadastrados no RS, utilizei como critério as três primeiras cidades que contavam

com o maior número de profissionais de Educação Física registrados. Cabe destacar que no quadro 7 constam também profissionais de outros serviços e formas de usar a CBO que já não são mais possíveis de cadastrar junto ao NASF (como as CBO de professores de Educação Física). Além disso, abri uma exceção para a CBO “professor de Educação Física no ensino médio”, pois listei as quatro cidades que na realidade, é o resultado total da busca por esta CBO, por não se encaixar no critério das três cidades com mais registros (em sua totalidade eram 4 cidades, a maioria com um trabalhador).

Mesmo que sejam apenas 3 procedimentos, comparados com os 18 da CBO de professor de Educação Física no ensino superior, é possível observar que das 7 especialidades/ocupações do NASF (avaliador físico, ludomotricista, preparador de atleta, preparador físico, técnico de desporto individual e coletivo, técnico em laboratório e fiscalização desportiva e treinador profissional de futebol), os registros encontrados no RS (Quadro 7) estão vinculados a 3 deles:

- Avaliador físico.
- Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol).
- Preparador físico.

Na medida em que a decisão sobre a vinculação da CBO ao profissional de Educação Física fica a cargo da gestão do sistema de informação dos municípios ou das instituições (como no caso dos hospitais), acredito que a utilização com maior frequência das duas primeiras CBO (avaliador físico e técnico em desporto individual e coletivo), está intimamente ligada ao fato de que essas duas permitem o registro do maior número de procedimentos relativos ao NASF. No caso dos profissionais registrados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), através da CBO avaliador físico, acredito que esta decisão possa ter sido tomada por motivos internos específicos, sobre os quais não obtive informações. Para outros serviços de saúde que não são NASF é possível o vínculo como professor de Educação Física no ensino superior, o que possibilita um número maior de procedimentos, bem como o uso mais adequado da informação (pelas diversas possibilidades de registro).

O registro para o CBO “preparador físico” apareceu de forma relevante, sendo que este CBO é um daqueles que permite apenas o registro de procedimentos relativos à atividade com tabagistas. Neste caso, acredito que seja uma questão de nomenclatura, que leva o município a buscar uma relação de identidade entre o

profissional e o serviço, pois é improvável que as atividades realizadas tenham se restringido apenas a atividades dentro deste escopo específico.

Ao revermos novamente as 7 especialidades listadas na Portaria n.409/2008, e até mesmo a CBO de professor de Educação Física no ensino médio ou no superior, apenas dando relevo à nomenclatura das ocupações, é muito difícil para um gestor tomar uma decisão sobre a função a ser desempenhada pelo profissional de Educação Física no serviço, baseando-se apenas na descrição das ocupações pertencentes à família do profissional de Educação Física. E, também, diante de tantas demandas possíveis no cuidado em saúde nos diferentes níveis, torna-se muito difícil para um gestor contratar um profissional de Educação Física tendo de definir antes de seu ingresso o que pode atender de fato, caso ele venha a buscar a relação entre procedimentos e CBO antes da contratação. Ele fará avaliação física? Será um recreacionista?⁴³ Realizará atividades de preparação de atletas? Será um preparador físico de usuários? Organizará usuários para competições como técnico desportivo? Fiscalizará atividades do esporte? Ou ainda de futebol?

Nenhuma das atividades citadas pode ser excluída e nem inserida *a priori*, pois o cotidiano do trabalho em saúde pode vir a demandar formas de intervenção não previstas quando da contratação de um profissional. Além disso, a escolha de uma atividade (ocupação) entre as que estão previstas restringe a potencialidade do que pode ser feito em nome da Educação Física no SUS, seja no NASF, no Hospital ou em qualquer outro serviço de saúde vinculado ao setor público.

Penso que os gestores provavelmente não optariam, caso se baseassem apenas na nomenclatura, pela CBO de “professor de Educação Física no ensino superior” (ou no médio), pois também devem achar tão estranho quanto eu achava logo que me deparei pela primeira com a descrição dessa CBO no município em que trabalhei: Não estamos na saúde? Por que usam uma CBO da educação? Onde está a CBO da Educação Física para a saúde?

De qualquer forma, se a decisão dos municípios estiver baseada na amplitude de procedimentos passíveis de registro para a Educação Física, e permanecendo o quadro da CBO vigente, a escolha para o NASF deve girar em torno da CBO de avaliador físico e técnico em desporto individual e coletivo (exceto futebol), mas no caso de um serviço que não seja do NASF, a melhor decisão é ainda a da CBO de

⁴³ Tomo aqui a palavra Ludomotricista como um recreacionista apenas por estar ligado às questões das atividades lúdicas, sem entrar na discussão do conceito em si.

professor de Educação Física no ensino superior, que possibilita o município usar a informação de maneira adequada.

A informação em saúde é fonte de dados importantes tanto para a gestão em saúde quanto para o ensino, basta os gestores darem a devida importância à alimentação e à manutenção da informação em saúde do município. Ferla (2012) afirma que “normalmente, a expectativa é de que atue como ferramenta para orientar a tomada de decisões e a produção de conhecimentos válidos”.

Refletir sobre a forma como a Educação Física tem sido tratada nos sistemas de informação em saúde, restringindo a certa identidade profissional e alimentando informações que geram conflitos com o cotidiano do trabalho e com a proposta do NASF, pode naturalizar algumas ações logo ali adiante, tanto em relação ao ensino quanto à delimitação do campo profissional que quebram a lógica do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho começa no momento em que me deparei com questões conflitantes relativas aos registros de CBO do profissional de Educação Física no NASF e de suas possibilidades de atuação no serviço em questão. A ideia inicial era a de chamar a atenção da Educação Física para uma “conversa” pouco conhecida dentro da área, mas importante para aqueles que pretendem se aventurar nas trilhas do SUS: a forma de registro da CBO e sua relação com os procedimentos correlatos. Agregado a isso, também pretendia dar visibilidade ao registro das informações relativas às intervenções cabíveis ao profissional de Educação Física, problematizando-as a partir das nomenclaturas de CBO e de procedimentos que contribuem no diálogo entre a Educação Física e a saúde coletiva.

Neste estudo, procurei problematizar as circunstâncias que levaram o Ministério da Saúde a adotar uma forma de registro para o profissional de Educação Física conflitante com as possibilidades de atuação previstas nas diretrizes do NASF para este mesmo profissional. No primeiro capítulo, dediquei-me a mostrar o marco teórico e alguns elementos de análise que emergiram durante a pesquisa. No segundo capítulo descrevi os caminhos metodológicos percorridos e as justificativas para a escolha da análise de conteúdo como método neste estudo de caráter qualitativo. E foi no terceiro e quarto capítulos que procurei trabalhar o mote principal deste trabalho: analisar as relações conflitantes entre as possibilidades de atuação da Educação Física no NASF e as possibilidades de registro nesse serviço.

Ao final deste estudo, compreendo que existem elementos para compor uma “conversa” que não deve se limitar ao campo da Educação Física, que possa dialogar com o campo da Saúde Coletiva e da Educação nas diferentes esferas da formação, e com as diferentes esferas da gestão dentro da perspectiva da integralidade e da intersetorialidade. No que se refere ao Ministério do Trabalho (MTE), seria interessante pautar a discussão sobre o problema de termos ocupações da CBO específicas para a Educação Física que não parecem contemplar a atuação no NASF. Com o Ministério da Saúde, que em algum âmbito toma a decisão de quais procedimentos relacionar aos códigos da CBO dos profissionais de saúde, inclusive os profissionais da Educação Física. Com os sistemas de informação dos municípios, que devem ser alimentados de modo a evitar o imbrólio que resulta de uma restrita relação de procedimentos que não

compreendem a atuação do profissional de Educação Física. Finalmente, com o próprio campo da Educação Física, especialmente os setores mais corporativos, que precisa “escutar” a demanda do Sistema de Saúde para refletir sobre os referenciais teóricos utilizados especialmente na formação inicial, para estabelecer diálogo efetivo com a saúde coletiva.

Ao analisarmos as nomenclaturas de CBO da família “profissional de Educação Física”, é possível perceber a interferência do Sistema CREF/CONFED, aliás, referida pelo próprio Órgão na Resolução n.046/2002. Apesar de, na época da atualização da CBO, também em 2002, não haver uma discussão maior acerca da temática da Educação Física no SUS, os colaboradores desta “produção de ocupações” poderiam ter buscado uma nomenclatura mais adequada à área da saúde, portanto mais genérica, já que foram especificadas outras especialidades, ou “subáreas”, nesta mesma época. No transcorrer desta investigação, pareceu-me que o ideal não é fragmentar em especialidades a profissão de Educação Física. No NASF, por exemplo, o compartilhamento de conhecimento e o caráter técnico-pedagógico estão presentes nos processos de trabalho, e é justamente em uma das Portarias, a Portaria n.409/SAS/MS de 23 de julho de 2008, que esta lógica parece quebrada quando há imposição de escolha de uma única ocupação entre as 7 especialidades que não contempla em sua nomenclatura a imagem de identificação do profissional com a área específica (a atuação no NASF).

Se houvesse um código de CBO generalista, como, por exemplo, “profissional de Educação Física”, e uma relação de procedimentos adequada aos diferentes serviços de saúde, como é a relação de procedimentos possíveis para a CBO de “professor de Educação Física superior”, seria mais adequado ao campo da saúde e, provavelmente, não restringiria as possibilidades de registro de futuros serviços do SUS que envolvam o profissional de Educação Física.

Atualmente, os municípios que incentivam a inserção do profissional de Educação Física em serviços que não estão vinculados ao NASF podem, ainda, utilizar a CBO de “professor de Educação Física no ensino superior” para registrar um *roll* de atividades realizadas mais compatíveis com o SUS, e isto parece ser o mais adequado até o momento. Infelizmente, os municípios que têm NASF e optaram pela contratação do mesmo profissional, têm o registro de procedimentos restrito àquela relação CBO vs. procedimentos (das 7 ocupações para NASF), e assim o é em função da inserção daquela lista de especialidades. A Educação Física

vem sendo cada vez mais demandada pelos serviços de saúde na Atenção Básica, nos hospitais ou em outros serviços da rede municipal de saúde e/ou assistência social, como centros de convivência, por exemplo. Por isso, é importante que os municípios possam conduzir da melhor forma possível a escolha do código de CBO para que não percam a oportunidade de registrar nos Sistemas de Informação as atividades efetivamente realizadas, e muitas vezes exitosas, produzidas por esta área emergente. Ao contribuir para a alimentação mais precisa de dados, o próprio município poderá se valer dessas informações contribuindo para a construção de novas políticas públicas ou melhorias nas já existentes.

Em suma, há possibilidades de registros menos conflitantes com o tipo de atividade que um profissional de Educação Física realiza (ou pode realizar) fora do NASF, mas dentro dele, em função da lista de especialidades, a restrição aumenta. Justo o NASF, que se constitui como uma equipe de apoio à Saúde da Família, como pode ter uma restrição maior para o registro das atividades? Esta, sem dúvida, é uma das questões que ficou aberta ao longo da investigação e que merece maior estudo na sequência.

Um exemplo de mais uma possibilidade de atuação da Educação Física no SUS é o Programa Academia da Saúde, através da Portaria n.719/GM, de 7 de abril de 2011. Este programa vem para contribuir com a rede de cuidado, propondo espaços para diversas atividades de promoção da saúde, onde a Educação Física também tem inserção. Se for considerada para este programa a mesma forma de registro do NASF, continuaremos com o conflito da relação entre CBO e procedimentos, caso não haja uma reorganização desta relação. O CONFEF, ainda que por um caminho sinuoso, lançou, em 2012, três resoluções que criam as especialidades de “profissional da Educação Física na área de saúde coletiva”, “profissional da Educação Física na área da saúde mental” e “profissional da Educação Física na área de saúde da família”. Se o CONFEF continuar criando especialidades da Educação Física, creio que este movimento não tenha fim, pois a área tem uma atuação ampla e em diferentes campos (saúde, lazer, escola e desporto). Para o campo da saúde, não parece ser adequado, mais uma vez, limitar a atuação com a criação de especialidades (quebras) no âmbito do SUS. Caso essas novas especialidades venham compor o quadro de ocupações do MTE, procedimentos muito específicos poderão ser relacionados ao profissional de Educação Física que não dão conta da complexidade do trabalho em saúde. O

conflito irá se repetir? Por que deve haver um profissional de Educação Física específico para saúde mental como ocupação? Quando o importante no serviço de saúde não se refere ao registro de uma nomenclatura diferenciada da profissão para cada serviço, mas o que ele está fazendo em nome da Educação Física no SUS e de como a Educação Física pode contribuir “para com” o SUS. É necessário sermos cautelosos na criação de novos CBOs e relações de procedimentos pois a lógica não deve ser aquela ligada à fragmentação e registro de atividades apenas para que os municípios recebam verba e sim, criar possibilidades para o uso da informação de forma a possibilitar comunicação, principalmente, de atividades exitosas.

A criação das novas especialidades pelo CONFEF demonstra, mais uma vez, as tentativas de ingerência na regulação das atividades profissionais atuantes especificamente no SUS. Não é a Educação Física que deve “dizer” o que o profissional irá fazer no SUS, mas, sim, o SUS demandar do profissional para que componha novas possibilidades de intervenção a partir do seu conhecimento específico e possa compor como trabalhador em saúde junto à equipe.

Em relação a possibilidade maior de procedimentos e diferentes códigos de CBO para profissionais de Educação Física

Para finalizar, e assim sinalizar possíveis propostas de análise para outros estudos, gostaria de destacar a relação de uma das dimensões de suporte do NASF com a Educação Física: o caráter técnico-pedagógico. Apesar de não discutir neste trabalho as questões relativas à licenciatura e ao bacharelado em profundidade, é possível visualizar, para qualquer profissão atuante na ESF, incluindo o NASF, existe a necessidade de uma prática pedagógica, devido ao relevo que se dá à educação em saúde, e faz-se necessária como meio de intervenção dos profissionais. É importante que a equipe perceba as potencialidades de cada um para lidar com esta questão e que isso vá ao encontro dos princípios do SUS.

Minha pretensão neste estudo não é responder a todas as perguntas que me fiz ao longo deste trabalho (e que sigo fazendo), e sim construir um diálogo entre a Educação Física e saúde coletiva em prol do que é realmente importante e direcionador de todas as ações: o cuidado em saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; MONTAGNER, Paulo César; GUTIERREZ, Gustavo Luis. A inserção da regulamentação da profissão na área de Educação Física, dez anos depois: embates, debates e perspectivas. **Movimento**, Porto Alegre, v.15, n. 3, p. 275-292, 2009.

AMARAL, Jader Denicol. **Jogos cooperativos**. 2. ed. São Paulo: Phorte, 2007.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 783-836.

BAGRICHEVSKY, Marcos. A formação do Profissional em Educação Física enseja perspectivas (críticas) para a atuação na Saúde Coletiva? In: FRAGA, Alex; WACHS, Felipe. **Educação Física e saúde coletiva**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

_____. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO** – 2010. 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010c. v. 1.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRACHT, Valter. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. **Cadernos Cedes**, v. 19, n. 48, ago, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático promoção da saúde**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_promocao_saude_1ed.pdf>.

_____. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. Brasília: 2006.

_____. **Portaria N. 154 GM**, de 24 de janeiro de 2008a.

_____. **Portaria n. 154 GM**, republicada em 04 de março de 2008b.

_____. **Portaria n. 409 SAS/MS**, de 23 de julho de 2008c.

_____. **Portaria n. 719 GM**, de 7 de abril de 2011a.

_____. **Sistema de gerenciamento da tabela unificada de procedimentos, medicamentos e opm do SUS**. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [Site]. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: 2010a.

_____. **Manual Técnico Operacional Sia/Sus: Sistema de Informações Ambulatoriais**. 2010b. Disponível em: <ftp://arpoador.datasus.gov.br/siasus/documentos/Manual_Operacional_SIA2010.pdf>

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: PMAQ**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/>> Acesso em: 28 jul. 2012b.

_____. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>> Acesso em: 20 jul. 2012a.

_____. [Site]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 06 mar. 2011b.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

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

CARVALHO, YARA M. **As práticas corporais como práticas de saúde e de cuidado no contexto da promoção de saúde**. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

_____. Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**. v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

_____. Práticas Corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, Alex Branco. **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 63-72.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg. A emergência da educação e ensino da saúde: intersecções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005. 2004c.

_____. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 33, n. 1, jun. 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco. **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 47-62.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004b.

_____. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA – CONFEF. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2002.

_____. **Resolução 046**, de 18 de fevereiro de 2002.

DA ROS, Marco Aurélio; VIEIRA Ricardo Camargo, CUTOLO, Luiz Roberto. Educação Física: entre o biológico e o social, há conflito nisto? **Motrivivência**, v. 17, n. 24, p. 107-117, jun. 2005.

DAMICO, José Geraldo Soares. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de educação física no posto de saúde. In: FRAGA, Alex Branco. **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 73-84.

ESCOREL, Sarah. Equidade em saúde. In: DICIONÁRIO da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

FERLA, Alcindo A. Saúde e doença: dois fenômenos da vida. In: A ATENÇÃO integral e a produção do cuidado em saúde. Belém: SESP, 2005. p. 10-33.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas-SP: Autores Associados, 2006.

FRAGA, Alex Branco *et al.* “Sedentarismo é...”: concepções de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais. In: FRAGA, Alex B.; MAZO,

Janice Z.; STIGGER, Marco Paulo; GOELLNER, Silvana V. **Políticas de lazer e saúde nos espaços urbanos**. Porto Alegre: Gênese, 2009.

FREIRE, Elisabete dos Santos; VERENGUER, Rita de Cássia Garcia; REIS, Marise Cisneiros da Costa. Educação física: pensando a profissão e a Preparação profissional. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v, 1, n. 1, p. 39-46, 2002.

GAWRYSZEWSKI, Bruno. **CONFEE**: organizador da mercantilização do campo da educação física. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GOMES, M.A. **Orientação de atividade física em Programa de Saúde da Família: uma proposta de ação**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GONÇALVES, Alana Martins. A centralidade do profissional de educação física na promoção de saúde e dos estilos de vida ativos: uma análise da Revista do Conselho Federal de Educação Física. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) - Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

GONDIN, Grácia Maria de Miranda; MONKEM, Maurício. Territorialização em saúde. In: **DICIONÁRIO da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz**. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 28 jul. 2012.

GUAITA, Nicole Roessle; SILVA, Marcelo Moraes. O professor de educação física e o status social: o caso regulamentação da profissão. **Movimento**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 131-149, jan./abr. 2007.

LAZZAROTTI FILHO, Ari *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da educação física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 11-29, jan./mar. 2010.

LEAL, Andrea Fachel; KNAUTH, Daniela Riva. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1375-1384, jul. 2006.

LUZ, Madel Theresinha. Notas sobre a política de produtividade em pesquisa no Brasil: Consequências para a vida acadêmica, a ética no trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Política e Sociedade**, n. 13, p. 205–228, out. 2008.

_____. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2012.

MATTA, Gustavo Correa. Atenção primária em saúde. In: DICIONÁRIO da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004.

MENICUCCI, TELMA G. **Ruptura e continuidade**: a dinâmica entre processos decisórios, arranjos institucionais e contexto político - o caso da política de saúde. Belo Horizonte: Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, 2005. Texto para Discussão no. 21.

MINAYO, Maria Cecília, de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONKEN, Maurício, BARCELLOS, Christovam. **Educação profissional e docência em saúde**: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MORAES, Ilara Hämmerli Sozzi; GÓMEZ, Maria Nélide González. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

MOVIMENTO NACIONAL CONTRA A REGULAMENTAÇÃO. [Site]. Disponível em: <<http://mncref.sites.uol.com.br/index2.htm>>. Acesso em: 12 ago. 2012.

NAHAS, M. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida. Londrina: Midiograf, 2001.

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

NOZOE, Nelson H.; BIANCHI, Ana M.; RONDET, Ana Cristina A. A nova Classificação Brasileira de Ocupações: anotações de uma pesquisa empírica. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 3-4, p. 234-246, 2003.

PASQUIM, Heitor Martins. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, 2010.

PICCININI, Aline *et al.* Vivências da integralidade na atenção em saúde no SUS: um olhar voltado para a Educação Física. **EfDeportes**, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd151/vivencias-da-integralidade-na-atencao-em-saude.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade como princípio do direito à saúde. In: DICIONÁRIO da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz. 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>. Acesso em: 18 set. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Educação. **Referencial Curricular da Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul**. 2009. Disponível em <http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html/refer_curric.jsp?ACAO=acao1>.

ROCHA, Vera Maria; CENTURIÃO, Carla Haas. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, Alex Branco. **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 17-31.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI Maria Isabel. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v. 10, n. 1, p. 33-53, 2001.

SILVA, Ana Marcia *et al.* Corpo e experiência: para pensar as práticas corporais. In: FALCÃO, José L. C.; SARAIVA, Maria do Carmo. **Práticas corporais no contexto do contemporâneo: (in)tensas experiências**. Florianópolis: Copiart, 2009. p.10-27.

SOUZA, Silvana C.; LOCH, Mathias R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.16, n. 1, 2011.

VASCONCELOS, Cipriano M; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 531-562.

VAZ, Alexandre Fernandes. Regulamentação da "Profissão": desejos e mal-estares. **Movimento**, Porto Alegre, v. 7, n. 14, 2001.

APÊNDICE A – TESES E DISSERTAÇÕES PESQUISADAS PARA A METODOLOGIA.

Autor	Ano	Título	Modo de uso
PICCININI, Aline.	2010	Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre/RS	Resultados apresentados em dois capítulos (que parecem ser as categorias de análise). Vem mostrando o material e fazendo a análise ao mesmo tempo.
MONTEIRO, Alberto de Oliveira.	2007	Desporto da excelência à virtude: um caminho de vida para crianças, jovens e adultos.	Traz o material analisado dentro do contexto da antropologia filosófica. Um material mais difícil de identificar alguma relação com a pesquisa proposta por mim.
SANTINI, Juarez.	2004	A síndrome do esgotamento profissional: o “abandono” da carreira docente pelos professores de educação física da Rede Municipal de ensino de Poa.	Mostra as categorias, contextualizando-as e fazendo alguma análise em conjunto.
RUBINSTEIN, Sofia.	2002	A criança com paralisia cerebral no contexto familiar.	Apesar de utilizar algo próximo com análise de conteúdo, não utiliza essa nomenclatura ao longo do trabalho e não mostra claramente os modos de usar. Vai fazendo análise dos dados coletados. Não ficou claro para mim se os dados foram agrupados em categorias de análise.
SILVA, Rudney.	2001	O processo de integração da pessoa portadora de deficiência mental no ensino regular municipal.	Mostra as categorias e dentro delas, o material. Vai contextualizando a análise num fluxo contínuo de escrita.
GOMES, Sonia B. da Silva.	1997	Modificações dos níveis de auto-imagem e auto-estima nas acadêmicas de educação física pela aplicação de um programa especial de ginástica postural.	Mostra as perguntas feitas em entrevista e faz comentários do que a autora observou dentro do contexto do trabalho.
REPPOLD, Alberto Reinaldo.	1988	A prática da educação física: problemas e alternativas transformadoras na ação educativa e social.	Pesquisa realizada em parte com método quantitativo e parte com método qualitativo. Apesar de ter um capítulo de resultados, mostra trechos do material empírico junto com as análises.

Fonte: www.sabi.ufrgs.br

APÊNDICE B - RESULTADOS DA PESQUISA POR PALAVRAS-CHAVE RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS DE ANÁLISE NA BASE DE DADOS SABI (UFRGS).

Palavras-chave:		Práticas Corporais + Saúde (12)	
Autor	Ano	Título	
Antunes, Priscila de Cesaro	2011	Corpo, saúde e práticas corporais na meia idade: análises a partir da produção acadêmica em educação física.	
Souza, Marinês Matter de	2011	Futsal também é coisa de mulher: por que será que elas o praticam?	
Alves, Flávio Soares	2010	Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível.	
Santos, Luis Roberto dos	2010	Revista Sinos: a educação do corpo em uma instituição confessional de ensino.	
Bueno, Alessandra Xavier	2010	As práticas corporais para gestantes como espaço possível de cuidado.	
Mello, Luciana Maria Hoff de	2009	Campanhas publicitárias 'vendendo saúde': discurso 'científico' e consumo construindo modelos de vida saudável.	
Teixeira, Valquiria Bolzan	2009	Adaptando o corpo ao espaço de confinamento: um estudo antropológico sobre práticas corporais.	
Freitas, Fabiana Fernandes de	2006	Práticas corporais e saúde.	
Sosniski, Cristina	2006	Repensando fronteiras entre o lixo e o corpo: estudo etnográfico sobre o cotidiano de recicladores, catadores e carroceiros na Ilha Grande dos Marinheiros. [manuscrito]	
Silva, Daniela Caetano	2005	A pesquisa e o programa de educação tutorial da ESEF-UFRGS: mapeando as práticas corporais esportivas femininas em Porto Alegre.	
Damico, José Geraldo Soares	2003	Práticas corporais e transtornos alimentares: como e onde adolescentes aprendem a usar estratégias de emagrecimento. [manuscrito]	
Goellner, Silvana Vilodre	1998	As mulheres e as práticas corporais e esportivas no início deste século: beleza, saúde e feminilidade.	
Palavras-chave		educação física + atuação profissional (1)	
Autor	Ano	Título	
Cavasini, Rodrigo	2008	Projetos esportivos sociais voltados para jovens: um estudo das contribuições do projeto Navegar de Porto Alegre.	
Palavras-chave		medicalização + práticas corporais (2)	
Machado, Eduardo Pinto	2009	Rotas de academia on-line: o corpo perfeito para usuários de um fórum virtual relacionado à musculação.	
Fraga, Alex Branco	2009	"Sedentarismo é..." considerações de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais.	
Palavras-chave		Classificação Brasileira de Ocupações : (zero)	
Palavras-chave		Identidade profissional + educação física (zero)	
Palavras-chave		intervenção profissional + educação física + saúde: (zero)	
Palavras-chave		intervenção profissional + educação física (5)	
Autor	Ano	Título	
Both, Jorge	2009	Intervenção profissional na educação física escolar: considerações sobre o trabalho docente. Movimento, vol.15, n.2 (maio/ago) p.169-186	
Fávaro, Paula Evelise	2006	O conteúdo da intervenção profissional em educação física: o ponto de vista de docentes de um curso de formação	

		profissional. Movimento, vol. 12, n. 2 (mai/ago) 2006, p. 199-221
Soriano, Jeane Barcelos	2006	Limites e desafios para o estudo da intervenção profissional em educação física a partir da noção de competência. Movimento, vol. 12, n.1 (jan/abr) p. 175-195
Junior, Jair Sindra Virtuoso	2003	Educação Física e esporte no Brasil: perspectivas de formação e intervenção profissional. Ver. Educação Física UEM vol. 14 n. 1, p 17-30
Verenguer, Rita de Cassia Garcia	2003	Mercado de trabalho em educação física: significado da intervenção profissional à luz das relações de trabalho e da construção da carreira.

APÊNDICE C - RESULTADOS DA PESQUISA POR PALAVRAS-CHAVE RELACIONADAS ÀS CATEGORIAS DE ANÁLISE NO PORTAL PERIÓDICOS DA CAPES.

Palavras-chave	educação física + atuação profissional (1)	
Autor	Ano	Título
RAMOS, Glauco N.S. et al	2008	Egressos do curso de educação física da Universidade Federal de São Carlos (1997-2003): formação e atuação
Palavras-chave	educação física + identidade profissional (zero)	
Palavras-chave	educação física + intervenção profissional (zero)	
Palavras-chave	medicalização + práticas corporais (zero)	
Palavras-chave	saúde + práticas corporais (4)	
MATTOS, Rafael Silva; LUZ, Madel	2009	Sobrevivendo ao estigma da gordura: um estudo socioantropológico sobre obesidade.
MORETTI, Andrezza C; et al	2009	Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde.
WARSCHAUER, Marcos ; D'URSO, Lourdes	2009	Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada.
PIMENTEL, Giuliano G.; et al	2008	Significados das práticas corporais no tratamento da dependência química.

ANEXO A - PROCEDIMENTO ATIVIDADE EDUCATIVA/ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

Ministério da Saúde – MS
 Secretaria de Atenção à Saúde
 Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Procedimento x CBO

Competencia: 07/2012

Filtros Utilizados

Competencia: 07/2012
 Situação do Publicado
 Procedimento:
 Consultar: Todos
 Codigo do 0101010010
 Procedimento:

0101010010 - ATIVIDADE EDUCATIVA / ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA

223204 - Cirurgião dentista - auditor
223208 - Cirurgião dentista - clínico geral
223212 - Cirurgião dentista - endodontista
223216 - Cirurgião dentista - epidemiologista
223220 - Cirurgião dentista - estomatologista
223224 - Cirurgião dentista - implantodontista
223228 - Cirurgião dentista - odontogeriatra
223232 - Cirurgião dentista - odontologista legal
223236 - Cirurgião dentista - odontopediatra
223240 - Cirurgião dentista - ortopedista e ortodontista
223244 - Cirurgião dentista - patologista bucal
223248 - Cirurgião dentista - periodontista
223252 - Cirurgião dentista - protesiólogo bucomaxilofacial
223256 - Cirurgião dentista - protesista
223260 - Cirurgião dentista - radiologista
223264 - Cirurgião dentista - reabilitador oral
223268 - Cirurgião dentista - traumatologista bucomaxilofacial
223272 - Cirurgião dentista de saúde coletiva
223288 - Cirurgião dentista - odontologia para pacientes com necessidades especiais
223293 - Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família

223305 - Médico veterinário
223405 – Farmacêutico
223410 - Farmacêutico bioquímico
223505 – Enfermeiro
223545 - Enfermeiro obstétrico
223555 - Enfermeiro puericultor e pediátrico
223560 - Enfermeiro sanitaria
223565 - Enfermeiro da estratégia de saúde da família
223605 - Fisioterapeuta geral
223650 - Fisioterapeuta acupunturista
223710 – Nutricionista
223810 – Fonoaudiólogo
225105 - Médico acupunturista
225124 - Médico pediatra
225125 - Médico clínico
225139 - Médico sanitaria
225142 - Médico da estratégia de saúde da família
225195 - Médico homeopata
225250 - Médico ginecologista e obstetra
234410 - Professor de educação física no ensino superior
239415 – Pedagogo
251510 - Psicólogo clínico
251555 - Psicólogo Acupunturista
251605 - Assistente social
322205 - Técnico de enfermagem
322230 - Auxiliar de enfermagem
322245 - Técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família
322250 - Auxiliar de enfermagem da estratégia de saúde da família
322405 - Técnico em higiene dental
322415 - Atendente de consultório dentário
322425 - Técnico em saúde bucal da estratégia de saúde da família
322430 - Auxiliar em saúde bucal da estratégia de saúde da família
352210 - Agente de saúde pública
515105 - Agente comunitário de saúde
515120 - Visitador sanitário
515125 - Agente indígena de saúde
515130 - Agente indígena de saneamento

ANEXO B - PORTARIA N. 154/GM MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 24 DE JANEIRO DE 2008.



38

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 43, terça-feira, 4 de março de 2008

COORDENAÇÃO DE ENTIDADES SOCIAIS

DESPACHO DO DIRETOR
Em 29 de Fevereiro de 2008

Considerando o disposto na Lei nº 9.790, de 23 de março de 1999, no Decreto nº 3.100, de 30 de junho de 1999, e na Portaria nº 361, de 27 de julho de 1999, DEFIRO os pedidos de qualificação como Organização da Sociedade Civil de Interesse Público das entidades a seguir relacionadas, em razão de que as mesmas atenderam aos requisitos estabelecidos pela Lei nº 9.790:

I. AGENCIA PARA O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL DE PATOS DE MINAS - MG - ADESP, com sede na cidade de PATOS DE MINAS, Estado de Minas Gerais - CGC/CNPJ nº 03.594.836/0001-49 - (Processo MJ nº 08071.002528/2008-57);

II. ASSOCIAÇÃO COSTA DAS BALEIAS - ACB, com sede na cidade de PRADO, Estado da Bahia - CGC/CNPJ nº 06.037.932/0001-95 - (Processo MJ nº 08071.001898/2008-77);

III. ASSOCIAÇÃO HOC TEMPORE, com sede na cidade de PELOTAS, Estado do Rio Grande do Sul - CGC/CNPJ nº 07.300.325/0001-39 - (Processo MJ nº 08071.002581/2008-58);

IV. ASSOCIAÇÃO PORTAL DOS LENÇÓIS DE APOIO A COMUNIDADES CARENTES - "PORTAL DOS LENÇÓIS", com sede na cidade de MORROS, Estado do Maranhão - CGC/CNPJ nº 07.489.143/0001-58 - (Processo MJ nº 08071.000053/2008-64);

V. ASSOCIAÇÃO SAÚDE CRIANÇA RESPONDER - "RESPONDER", com sede na cidade do RIO DE JANEIRO, Estado do Rio de Janeiro - CGC/CNPJ nº 08.352.822/0001-43 - (Processo MJ nº 08071.001839/2008-07);

VI. COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO DO ALTO MADEIRA - CEDAM, com sede na cidade de PORTO VELHO, Estado de Rondônia - CGC/CNPJ nº 09.190.546/0001-27 - (Processo MJ nº 08071.000047/2008-15);

VII. COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA VIDA, com sede na cidade de VILHENA, Estado de Rondônia - CGC/CNPJ nº 05.788.996/0001-65 - (Processo MJ nº 08071.001906/2008-85);

VIII. GIFE - GRUPO DE INSTITUTOS, FUNDAÇÕES E EMPRESAS, com sede na cidade de SÃO PAULO, Estado de São Paulo - CGC/CNPJ nº 00.765.521/0001-30 - (Processo MJ nº 08071.0002129/2008-96);

IX. HOFITALON CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISA DA VISÃO II, com sede na cidade de JARDIM ALEGRE, Estado do Paraná - CGC/CNPJ nº 09.247.856/0001-30 - (Processo MJ nº 08071.001849/2008-34);

X. INSTITUTO ALFA E ÔMEGA - INTAO, com sede na cidade de PALMAS, Estado do Tocantins - CGC/CNPJ nº 09.004.837/0001-83 - (Processo MJ nº 08071.000020/2008-14);

XI. INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO EDUCACIONAL, SOCIAL E CULTURAL - IDESC, com sede na cidade de CAMPO GRANDE, Estado de Mato Grosso do Sul - CGC/CNPJ nº 08.968.677/0001-20 - (Processo MJ nº 08071.002013/2008-57);

XII. INSTITUTO DE DIFUSÃO E DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO - IDETEC, com sede na cidade de CAMPO GRANDE, Estado do Mato Grosso do Sul - CGC/CNPJ nº 08.968.664/0001-50 - (Processo MJ nº 08071.002579/2008-89);

XIII. INSTITUTO DESENVOLVER DE EDUCAÇÃO - INDEE, com sede na cidade do RIO DE JANEIRO, Estado do Rio de Janeiro - CGC/CNPJ nº 09.004.190/0001-90 - (Processo MJ nº 08071.001854/2008-47);

XIV. INSTITUTO ESPORTE SOCIAL - ESPORTE SOCIAL, com sede na cidade de BRASÍLIA - Distrito Federal - CGC/CNPJ nº 07.590.297/0001-31 - (Processo MJ nº 08071.004120/2008-10);

XV. INSTITUTO MARINHO PARA O EQUILÍBRIO SÓCIO AMBIENTAL - INSTITUTO MARÉS, com sede na cidade do RIO DE JANEIRO, Estado do Rio de Janeiro - CGC/CNPJ nº 08.162.392/0001-05 - (Processo MJ nº 08071.002582/2008-01);

XVI. ORDEM INTERNACIONAL TEUTÔNICA DOS CAVALERIOS TEMPLÁRIOS - OITCT, com sede na cidade de BARUERI, Estado de São Paulo - CGC/CNPJ nº 02.298.301/0001-79 - (Processo MJ nº 08071.000024/2008-01);

XVII. ORGANIZAÇÃO POTIGUAR PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL - OPDS, com sede na cidade de NATAL, Estado do Rio Grande do Norte - CGC/CNPJ nº 09.105.798/0001-00 - (Processo MJ nº 08071.003477/2008-81);

XVIII. REDE ACREANA DOS DEFENSORES DA AMAZÔNIA E RIOS - RADAR, com sede na cidade de RIO BRANCO, Estado do Acre - CGC/CNPJ nº 07.552.580/0001-79 - (Processo MJ nº 08071.001841/2008-78);

XIX. SOCIEDADE AMIGOS DA CINEMATECA - SAC, com sede na cidade de SÃO PAULO, Estado de São Paulo - CGC/CNPJ nº 59.090.092/0001-90 - (Processo MJ nº 08071.002086/2008-49);

XX. TERRA RONG - INCLUSÃO CERRADO: ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS E MORADORES DO PETER (PARQUE ESTADUAL DE TERRA RONCA/GO), com sede na cidade de BRASÍLIA - Distrito Federal - CGC/CNPJ nº 08.489.447/0001-88 - (Processo MJ nº 08071.000070/2008-00).

JOSÉ EDUARDO ELIAS ROMÃO

Ministério da Previdência Social

SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DEPARTAMENTO DE ANÁLISE TÉCNICA

PORTARIA Nº 2.112, DE 3 DE MARÇO DE 2008

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 33, combinado com o art.74, ambos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 e inciso I, do art. 11 do Anexo I ao Decreto nº 5.755, de 13 de abril de 2006, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 301872/79, às folhas sob comando nº 32496919, resolve:

Art. 1º Aprovar o novo texto proposto para o Estatuto da Elos - Fundação Eletrosul de Previdência e Assistência Social.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA ESTER VERAS

PORTARIA Nº 2.113, DE 3 DE MARÇO DE 2008

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 33, combinado com o art.74, ambos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 e inciso I, do art. 11 do Anexo I ao Decreto nº 5.755, de 13 de abril de 2006, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 301872/79, às folhas sob comando nº 31109601, resolve:

Art. 1º Aprovar as alterações propostas para o Regulamento do Plano de Benefícios Univalprevidência, CNPB nº 19.980.055-18, administrado pela Previs - Sociedade de Previdência Complementar do Sistema Federação das Indústrias do Estado de Santa Catarina.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA ESTER VERAS

PORTARIA Nº 2.114, DE 3 DE MARÇO DE 2008

A DIRETORA DE ANÁLISE TÉCNICA, no uso das atribuições que lhe confere o inciso I do art. 33, combinado com o art.74, ambos da Lei Complementar nº 109, de 29 de maio de 2001 e inciso I, do art. 11 do Anexo I ao Decreto nº 5.755, de 13 de abril de 2006, considerando as manifestações técnicas exaradas no Processo MPAS nº 30000001579084, às folhas sob comando nº 31097732, resolve:

Art. 1º Aprovar o novo texto proposto para o Estatuto da VWPP - Volkswagen Previdência Privada.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

MARIA ESTER VERAS

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 (*)

Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o inciso II do art. 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que dispõe sobre a integralidade da atenção como diretriz do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o parágrafo único do art. 3º da Lei nº 8.080, de 1990, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos no Pacto Pela Saúde, regulamentado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que contempla o Pacto firmado entre as esferas de governo nas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de Gestão;

Considerando a Regionalização Solidária e Cooperativa firmada no Pacto Pela Saúde e seus pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, co-gestão, financiamento solidário, subsidiariedade, participação e controle social;

Considerando a Política Nacional de Atenção Básica definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no SUS;

Considerando o fortalecimento da estratégia Saúde da Família definida por meio da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que preconiza a coordenação do cuidado a partir da atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família;

Considerando a Política Nacional de Promoção da Saúde, regulamentada pela Portaria nº 687/GM, de 30 de março de 2006, sobre o desenvolvimento das ações de promoção da saúde no Brasil;

Considerando a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, conforme o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta o desenvolvimento das ações da pessoa com deficiência no SUS;

Considerando as diretrizes nacionais para a Saúde Mental no SUS, com base na Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, da reforma psiquiátrica;

Considerando a Portaria nº 710/GM, de 10 de junho de 1999, que aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, e a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional;

Considerando a Política Nacional de Saúde da Criança e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, seus princípios e diretrizes;

Considerando a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPI/C no SUS, a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o desenvolvimento das ações que compreendem o universo de abordagens denominado pela Organização Mundial da Saúde - OMS de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa - MT/MCA, a Homeopatia, a Acupuntura, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Terapia;

Considerando a Lei nº 8.856 de 1º de março de 1994, que define a carga horária semanal máxima dos profissionais Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional;

Considerando a Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998 que dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física;

Considerando a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando o cronograma de envio das bases de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais - SIA e de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD/SUS, do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, e da Comunicação de Informação Hospitalar - CIH, estabelecido na Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, que tem como propósito garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aqueles considerados essenciais;

Considerando que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF, estabelecida por meio da Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, e da integralidade e da equidade; e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, bem como a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, resolve:

Art. 1º Criar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família - ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado.

§ 1º Os NASF não se constituem em porta de entrada do sistema, e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes Saúde da Família.

§ 2º A responsabilização compartilhada entre as equipes SF e a equipe do NASF na comunidade prevê a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra-referência, ampliando-a para um processo de acompanhamento longitudinal de responsabilidade da equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, atuando no fortalecimento de seus atributos e no papel de coordenação do cuidado no SUS.

§ 3º Os NASF devem buscar instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS por intermédio da qualificação e complementaridade do trabalho das Equipes Saúde da Família - ESF.

Art. 3º Determinar que os NASF estejam classificados em duas modalidades, NASF 1 e NASF 2, ficando vedada a implantação de modalidades de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal.

§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Podiatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.



§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

§ 5º prático da Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura no NASF deverá ser realizada em consonância com a Portaria nº 971/GM, de 3 de maio de 2006.

Art. 4º Determinar que os NASF devam funcionar em horário de trabalho coincidente com o das equipes de Saúde da Família, e que a carga horária dos profissionais do NASF considerados para repasse de recursos federais seja de, no mínimo, 40 horas semanais, observando o seguinte:

I - Para os profissionais médicos, em substituição a um profissional de 40 horas semanais, podem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um, sendo permitido o cadastro de profissionais de CBO diferentes;

II - Para os profissionais fisioterapeutas, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um;

III - Para os profissionais terapeutas ocupacionais, devem ser registrados 2 (dois) profissionais que cumpram um mínimo de 20 (vinte) horas semanais cada um; e,

IV - Para as demais ocupações vale a definição do caput deste parágrafo.

§ 1º A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.

§ 2º Tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio à Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de saúde mental.

§ 3º Os profissionais do NASF devem ser cadastrados em uma única unidade de saúde, localizada preferencialmente dentro do território de atuação das Equipes de Saúde da Família às quais estão vinculados.

§ 4º As ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de SF, estão descritas no Anexo 1 a esta Portaria.

Art. 5º Definir que cada NASF 1 realize suas atividades vinculadas a, no mínimo, 8 (oito) Equipes de Saúde da Família, e a no máximo, a 20 (vinte) Equipes de Saúde da Família.

§ 1º Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos Estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculadas a, no mínimo, 5 (cinco) equipes de Saúde da Família, e a, no máximo, a 20 (vinte) equipes de Saúde da Família.

§ 2º O número máximo de NASF 1 aos quais o Município e o Distrito Federal podem fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pelas fórmulas:

I - para Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e

II - para Municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.

Art. 6º Definir que cada NASF 2 realize suas atividades vinculadas a, no mínimo, 3 (três) equipes de Saúde da Família.

§ 1º O número máximo de NASF 2 aos quais o Município pode fazer jus para recebimento de recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2.

§ 2º Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007, poderão implantar o NASF 2.

Art. 7º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal:

I - definir o território de atuação de cada NASF e quando as equipes de Saúde da Família às quais estes NASF estiverem vinculados pertencerem a um mesmo Município ou ao Distrito Federal;

II - planejar as ações que serão realizadas pelos NASF, como educação continuada e atendimento a casos específicos;

III - definir o plano de ação do NASF em conjunto com as ESF, incluindo formulários de referência e contra-referência, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

IV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais para os NASF, em conformidade com a legislação vigente;

V - manter atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos sob sua gestão;

VI - disponibilizar a estrutura física adequada e garantir os recursos de custeio necessários ao desenvolvimento das atividades mínimas descritas no escopo de ações dos diferentes profissionais que compõem os NASF;

VII - realizar avaliação de cada NASF, estimulando e viabilizando a capacitação dos profissionais;

VIII - assegurar o cumprimento da carga horária dos profissionais dos NASF; e

IX - estabelecer estratégias para desenvolver parcerias com os demais setores da sociedade e envolver a comunidade local no cuidado à saúde da população de referência, de modo a potencializar o funcionamento dos NASF.

Art. 8º Definir que seja de competência das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:

I - identificar a necessidade e promover a articulação entre os Municípios, estimulando, quando necessário, a criação de consórcios intermunicipais para implantação de NASF 1 entre os Municípios que não atinjam as proporções estipuladas no artigo 5º desta Portaria;

II - assessorar, acompanhar e monitorar o desenvolvimento das ações dos NASF, de acordo com o planejamento, garantindo a interface e a liderança das equipes de Saúde da Família no estabelecimento do cuidado longitudinal dos indivíduos assistidos, bem como de suas famílias;

III - realizar avaliação e/ou assessorar sua realização; e

IV - acompanhar a organização da prática e do funcionamento dos NASF segundo os preceitos regulamentados nesta Portaria.

Art. 9º Definir que o processo de credenciamento, implantação e expansão dos NASF:

I - esteja vinculado à implantação/expansão da Atenção Básica/Saúde da Família na proporcionalidade definida no artigo 5º desta Portaria;

II - obedeça a mecanismos de adesão e ao fluxo de credenciamento, implantação e expansão definidos no Anexo II a esta Portaria, podendo ser utilizados os quadros do Anexo III a esta Portaria; e

III - tenha aprovação da Comissão Intergestores Bipartite de cada Estado.

Art. 10. Definir como valor de transferência para a implantação dos NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF, que será repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

Art. 11. Definir como valor do incentivo federal para o custeio de cada NASF, segundo sua categoria:

I - NASF 1: o valor de 20.000,00 (vinte mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e ao Fundo de Saúde do Distrito Federal; e

II - NASF 2: o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) a cada mês, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

§ 1º Os valores dos incentivos financeiros para os NASF implantados serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de NASF cadastrados no SCNES.

§ 2º O envio da base de dados do SCNES pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde para o banco nacional deverá estar de acordo com a Portaria nº 74/SAS/MS, de 6 de fevereiro de 2007.

§ 3º O registro de procedimentos referentes à produção de serviços realizada pelos profissionais cadastrados nos NASF deverão ser registrados no SIASUS mas não gerarão créditos financeiros.

Art. 12. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria façam parte da fração variável do Piso de Atenção Básica (PAB variável) e componham o Bloco Financeiro de Atenção Básica.

§ 1º Incidem nos fluxos e requisitos mínimos para manutenção da transferência e solicitação de crédito retroativo os requisitos definidos pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

§ 2º O Ministério da Saúde suspenderá os repasses dos incentivos referentes ao NASF aos Municípios e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais dos NASF e/ou;

IV - inexistência do número mínimo de Equipes de Saúde da Família vinculadas ao NASF, sendo consideradas para esse fim as Equipes de Saúde da Família completas e as Equipes de Saúde da Família incompletas por período de até 90 dias.

Art. 13. Definir que os recursos orçamentários de que trata esta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família.

Art. 14. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

São ações de responsabilidade de todos os profissionais que compõem os NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as Equipes de Saúde da Família - ESF:

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas;

- identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações;

- atuar, de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Interação Domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos;

- acolher os usuários e humanizar a atenção;

- desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras;

- promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde;

- elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, folders e outros veículos de informação;

- avaliar, em conjunto com as ESF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

- elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e

- elaborar projetos terapêuticos individuais, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

Ações de Atividade Física/Práticas Corporais - Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 -, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lian Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatzu, a Yoga, entre outras.

Em face do caráter estratégico relacionado à qualidade de vida e à prevenção do adolecimento, as ações de Atividade Física/Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adocidas ou mais vulneráveis.

Detalhamento das ações:

- desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade;

- veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencença social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais;

- proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de co-participação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais;

- supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade;

- promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc;

- articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais; e

- promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Práticas Corporais e sua importância para a saúde da população.

Ações das Práticas Integrativas e Complementares - Ações de Acupuntura e Homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens, tomando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

Detalhamento das ações:

- desenvolver ações individuais e coletivas relativas às Práticas Integrativas e Complementares;

- veicular informações que visem à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;

- incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencença social nas comunidades, por meio das ações individuais e coletivas referentes às Práticas Integrativas e Complementares.



- proporcionar Educação Permanente em Práticas Integrativas e Complementares, juntamente com as ESF, sob a forma da capacitação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente;

- articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública;

- contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;

- identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho educativo em Práticas Integrativas e Complementares, em conjunto com as ESF;

- capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no processo de divulgação e educação em saúde referente às Práticas Integrativas e Complementares;

- promover ações ligadas às Práticas Integrativas e Complementares junto aos demais equipamentos públicos presentes no território - escolas, creches etc.; e

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional.

Ações de Reabilitação - Ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência - Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999 - compreende que as "deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente" (CIF, 2003).

O processo de reabilitação, tendo em vista seu compromisso com a Inclusão Social, deve ocorrer o mais próximo possível da moradia, de modo a facilitar o acesso, a valorizar o saber da comunidade e a integrar-se a outros equipamentos presentes no território. Assim, é fundamental que os serviços de atenção básica sejam fortalecidos para o cuidado da população com deficiência e suas equipes tenham os conhecimentos necessários à realização de uma atenção resolutiva e de qualidade, encaminhando adequadamente os usuários para os outros níveis de complexidade quando se fizer necessário.

As ações de reabilitação devem ser multiprofissionais e transdisciplinares, provendo o desenvolvimento de responsabilidades compartilhadas no qual, por meio do entrosamento constante entre os diferentes profissionais, se formulem projetos terapêuticos únicos que considerem a pessoa, suas necessidades e o significado da deficiência no contexto familiar e social. Os resultados das ações deverão ser constantemente avaliados na busca por ações mais adequadas e prover o melhor cuidado longitudinal aos usuários.

Detalhamento das ações:

- realizar diagnóstico, com levantamento dos problemas de saúde que requeram ações de prevenção de deficiências e das necessidades em termos de reabilitação, na área adstrita às ESF;

- desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as ESF incluindo aspectos físicos e da comunicação, como consciência e cuidados com o corpo, postura, saúde auditiva e vocal, hábitos orais, amamentação, controle do ruído, com vistas ao autocuidado;

- desenvolver ações para subsidiar o trabalho das ESF no que diz respeito ao desenvolvimento infantil;

- desenvolver ações conjuntas com as ESF visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento;

- realizar ações para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos;

- acolher os usuários que requeram cuidados de reabilitação, realizando orientações, atendimento, acompanhamento, de acordo com a necessidade dos usuários e a capacidade instalada das ESF;

- desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos;

- desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes, como escolas, creches, pastorais, entre outros;

- realizar visitas domiciliares para orientações, adaptações e acompanhamentos;

- capacitar, orientar e dar suporte às ações dos ACS;

- realizar, em conjunto com as ESF, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares;

- desenvolver projetos e ações intersectoriais, para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência;

- orientar e informar as pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional frente às características específicas de cada indivíduo;

- desenvolver ações de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC que pressuponham valorização do potencial da comunidade, concebendo todas as pessoas como agentes do processo de reabilitação e inclusão;

- acolher, apoiar e orientar as famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para o manejo das situações oriundas da deficiência de um de seus componentes;

- acompanhar o uso de equipamentos auxiliares e encaminhamentos quando necessário;

- realizar encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses, próteses e atendimentos específicos realizados por outro nível de atenção à saúde; e

- realizar ações que facilitem a inclusão escolar, no trabalho ou social de pessoas com deficiência.

Ações de Alimentação e Nutrição - Ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo de vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis.

A promoção de práticas alimentares saudáveis é um componente importante da promoção da saúde em todas as fases do ciclo de vida e abrange os problemas vinculados à desnutrição, incluindo as carências específicas, a obesidade e os demais distúrbios nutricionais e sua relação com as doenças e agravos não-transmissíveis.

Nessa direção, é importante socializar o conhecimento sobre os alimentos e o processo de alimentação, bem como desenvolver estratégias de resgate de hábitos e práticas alimentares regionais relacionadas ao consumo de alimentos locais de custo acessível e elevado valor nutritivo. A incorporação das ações de alimentação e nutrição, no âmbito da Atenção Básica, deverá dar respostas às suas principais demandas assistenciais, ampliando a qualidade dos planos terapêuticos especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis, no crescimento e desenvolvimento na infância, na gestação e no período de amamentação.

O diagnóstico populacional da situação alimentar e nutricional com a identificação de áreas geográficas, segmentos sociais e grupos populacionais de maior risco aos agravos nutricionais, propiciada pelo sistema de vigilância alimentar e nutricional confere racionalidade como base de decisões para as ações de nutrição e promoção de práticas alimentares saudáveis, que respeitem a diversidade étnica, racial e cultural da população.

As ações de Alimentação e Nutrição integram o compromisso do setor saúde com relação aos componentes do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional criado pela Lei. nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, com vistas ao direito humano à alimentação adequada.

Detalhamento das ações:

- conhecer e estimular a produção e o consumo dos alimentos saudáveis produzidos regionalmente;

- promover a articulação intersectorial para viabilizar o cultivo de hortas e pomares comunitários;

- capacitar ESF e participar de ações vinculadas aos programas de controle e prevenção dos distúrbios nutricionais como carências por micronutrientes, sobrepeso, obesidade, doenças crônicas não transmissíveis e desnutrição; e

- elaborar em conjunto com as ESF, rotinas de atenção nutricional e atendimento para doenças relacionadas à Alimentação e Nutrição, de acordo com protocolos de atenção básica, organizando a referência e a contra-referência do atendimento.

Ações de Saúde Mental - Atenção aos usuários é a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados - rede de atenção em saúde mental - que já inclui a rede de Atenção Básica/Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros. Os CAPS, dentro da Política de Saúde Mental, são estratégicos para a organização dessa rede, pois são serviços também territorializados, que estão circunscritos ao espaço de convívio social dos usuários que os frequentam - sua família, escola, trabalho, igreja etc. - e que visam resgatar as potencialidades desses recursos comunitários, incluindo-os no cuidado em saúde mental. Os NASF devem integrar-se a essa rede, organizando suas atividades a partir das demandas articuladas junto às equipes de Saúde da Família, devendo contribuir para propiciar condições à reinserção social dos usuários e a uma melhor utilização das potencialidades dos recursos comunitários na busca de melhores práticas em saúde, de promoção da equidade, da integralidade e da construção da cidadania.

Detalhamento das ações:

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersectorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc.;

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

Ações de Serviço Social - Ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersectoriais para realização efetiva do cuidado.

Considerando-se o contexto brasileiro, suas graves desigualdades sociais e a grande desinformação acerca dos direitos, as ações de Serviço Social deverão se situar como espaço de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social propiciando uma maior integração entre serviços sociais e outros equipamentos públicos e os serviços de saúde nos territórios adstritos, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersectoriais que visem ao fortalecimento da cidadania.

Detalhamento das ações:

- coordenar os trabalhos de caráter social adstritos às ESF;

- estimular e acompanhar o desenvolvimento de trabalhos de caráter comunitário em conjunto com as ESF;

- discutir e refletir permanentemente com as ESF a realidade social e as formas de organização social dos territórios, desenvolvendo estratégias de como lidar com suas adversidades e potencialidades;

- atender as famílias de forma integral, em conjunto com as ESF, estimulando a reflexão sobre o conhecimento dessas famílias, como espaços de desenvolvimento individual e grupal, sua dinâmica e crises potenciais;

- identificar no território, junto com as ESF, valores e normas culturais das famílias e da comunidade que possam contribuir para o processo de adoecimento;

- discutir e realizar visitas domiciliares com as ESF, desenvolvendo técnicas para qualificar essa ação de saúde;

- possibilitar e compartilhar técnicas que identifiquem oportunidades de geração de renda e desenvolvimento sustentável na comunidade, ou de estratégias que propiciem o exercício da cidadania em sua plenitude, com as ESF e a comunidade;

- identificar, articular e disponibilizar com as ESF uma rede de proteção social;

- apoiar e desenvolver técnicas de educação e mobilização em saúde;

- desenvolver junto com os profissionais das ESF estratégias para identificar e abordar problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e a outras drogas;

- estimular e acompanhar as ações de Controle Social em conjunto com as ESF;

- capacitar, orientar e organizar, junto com as ESF, o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família e outros programas federais e estaduais de distribuição de renda; e

- no âmbito do Serviço Social, identificar as necessidades e realizar as ações necessárias ao acesso à Oxigenoterapia.

Ações de Saúde da Criança - Ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família, que estejam inseridas num processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes Saúde da Família e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

Detalhamento das ações:

- realizar junto com as ESF o planejamento das ações de saúde da criança;

- realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;

- apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de agravos severos e/ou persistentes de saúde da criança, além de situações específicas, como a de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões específicas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas que se traduzam em maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem a medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando desenvolver espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersectorial (conselhos tutelares, escolas, associações de bairro etc.);

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde da criança se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração; e

- realizar visita domiciliar conjunta às equipes Saúde da Família a partir de necessidades identificadas, a exemplo dos casos de pacientes impossibilitados de deambular.

Ações de Saúde da Mulher - Ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes de Saúde da Família que estejam inseridas num processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço

ANEXO C - PORTARIA N.409/SAS/MS MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 23 DE JULHO DE 2008 (REPUBLICAÇÃO)



58

ISSN 1677-7042

Diário Oficial da União - Seção 1

Nº 141, quinta-feira, 24 de julho de 2008

ANEXO

Empresa: ARISTON INDÚSTRIAS QUÍMICAS E FARMACÊUTICA S/A
 CAS LTDA.
 CNPJ: 61.391.769/0001-72
 Número do Processo: 25000.012087/95-13
 Expediente: 630013/08-8
 Empresa: EMS S/A
 CNPJ: 57.507.378/0001-01
 Número do Processo: 25351.253619/2007-41
 Expediente: 642805/08-3
 Número do Processo: 25351.208825/2002-91
 Expediente: 622565/08-9

Número do Processo: 25351.105984/2008-21
 Expediente: 629980/08-6
 Empresa: GERMED FARMACÊUTICA LTDA
 CNPJ: 45.992.062/0001-65
 Número do Processo: 25351.251972/2007-96
 Expediente: 642822/08-3
 Número do Processo: 25351.174910/2008-34
 Expediente: 625680/08-5
 Empresa: LEGRAND PHARMA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA LTDA
 CNPJ: 05.044.984/0001-26
 Número do Processo: 25351.215864/2008-31
 Expediente: 643059/08-7

Empresa: SIGMA PHARMA LTDA
 CNPJ: 00.923.140/0001-01
 Número do Processo: 25351.251898/2007-16
 Expediente: 642788/08-0
 Número do Processo: 25351.083392/2008-41
 Expediente: 617252/08-1
 Número do Processo: 25351.027537/01-77
 Expediente: 622666/08-3
 Número do Processo: 25351.101048/2008-41
 Expediente: 630238/08-6

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO - RE Nº 2.518, DE 22 DE JULHO DE 2008

O Diretor da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem o Decreto de nomeação de 29 de maio de 2007 do Presidente da República, o inciso VIII do art. 15, e o inciso I e o § 1º do art. 55 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e a Portaria nº 899 da ANVISA, de 08 de julho de 2008;

considerando o disposto na Resolução RDC Nº 90, de 27 de dezembro de 2007 e suas alterações;

considerando que a empresa Souza Cruz S/A atendeu os preceitos legais contidos na legislação acima citada, resolve:

Art.1º Deferir o Registro dos Dados Cadastrais das marcas de cigarro, conforme relação anexa, para inclusão destas na lista de marcas na página eletrônica da ANVISA.

Art.2º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

ANEXO

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
 EMPRESA: SOUZA CRUZ S/A.
 CNPJ: 33.009.911/0001-39
 Marcas:

Marcas	Nº do Processo	Assunto
Carlton by Dathill Blue KS	25351.333823/2008-25	6001 - Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais
Carlton by Dathill Red KS	25351.333788/2008-44	6001 - Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais
Carlton by Dathill Mint KS	25351.333850/2008-06	6001 - Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais
Hollywood California KS	25351.333897/2008-61	6001 - Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais
Luke Strike Nites KS	25351.369801/2008-01	6001 - Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais
Carlton by Dathill Crema KS	25351.333807/2008-32	6001 - Registro de Produto Fumígeno - Dados Cadastrais

CONSULTA PÚBLICA Nº 30, DE 23 DE JULHO DE 2008

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o inciso IV do art. 11 do Regulamento da ANVISA, aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, e/ou o inciso II, e §§ 1º e 2º do art. 54 do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada em 21 de agosto de 2006 em reunião realizada em 22 de julho de 2008.

adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Fica aberto, a contar da data de publicação desta Consulta Pública, o prazo de 60 (sessenta) dias para que sejam apresentadas críticas e sugestões relativas à proposta de Resolução que dispõe sobre o registro de Insumos Farmacêuticos Ativos (IFAs).

Art. 2º Informar que a proposta de Resolução estará disponível, na íntegra, durante o período de consulta no sítio <http://www.anvisa.gov.br/divulga/consulta/index.htm> e que as sugestões deverão ser encaminhadas, por escrito, para o seguinte endereço: Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Assessoria Técnica e Parlamentar SIA, Trecho 5, Área Especial 57, Lote 200 - Brasília (DF) - CEP 71205-050; ou para o Fax: (61) 3462-5354; ou para o e-mail: cp30.2008@anvisa.gov.br.

Art. 3º Durante e após o prazo estipulado no art. 1º, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária poderá articular-se com os órgãos e entidades envolvidas e aqueles que tenham manifestado interesse na matéria para que indiquem representantes nas discussões, visando à consolidação de texto final.

DIRCEU RAPOSO DE MELLO

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 409, DE 23 DE JULHO DE 2008

A Secretária de Atenção - Substituída, no uso de suas atribuições, considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 511, de 29 de dezembro de 2000, que estabelece o cadastramento dos estabelecimentos de saúde no país, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a Portaria nº 1.203/GM, de 05 de junho de 2006, que define que as equipes do Programa Médico de Família implantadas no município de Niterói, do estado do Rio de Janeiro, fazem jus ao recebimento da fração variável do Piso da Atenção Básica - PAB, referente ao valor definido para Equipes de Saúde da Família - Modalidade 2;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 750, de 10 de outubro de 2006, que unificou os cadastros das equipes de Saúde da Família - ESF, de Saúde Bucal - ESFSB e de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, tendo como fonte de informação única o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

Considerando a Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 154, de 18 de março de 2008, que compôs a Tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

Considerando a Portaria SAS/MS nº 198, de 28 de março de 2008, que incluiu no Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 71 - CENTRO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA; e

Considerando a necessidade de adequar o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES para registro das informações das implementações da Política de Saúde normalizada pela Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, resolve:

Art.1º - Instituir a FCES - Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, conforme orientação de preenchimento constante no Anexo I desta Portaria.

§ 1º - Os formulários de FCES serão disponibilizados no sítio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES no endereço <http://cnes.datasus.gov.br>;

§ 2º - O cadastro das equipes definidas neste Artigo deve ser realizado nos estabelecimentos de saúde que dispõem dos Serviços 147 - Serviço de Apoio à Saúde da Família, conforme Anexo II desta Portaria;

§ 3º - O Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF poderá ser implantado apenas nos estabelecimentos de Saúde da Esfera Administrativa PÚBLICA e somente nos tipos de estabelecimentos a seguir: tipo 02 - Centro de Saúde/Unidade Básica, 15 - Unidade Mista; 04 - Policlínica; 36 - Clínica Especializada/Ambulatório de Especialidade; 71 - Centro de Apoio à Saúde da Família;

§ 4º - Os estabelecimentos isolados onde funciona apenas este serviço especializado deverá ser cadastrado como Tipo de Estabelecimento 71-Centro de Apoio à Saúde da Família;

Art. 2º - Definir que o cadastro das equipes do NASF será realizado por meio do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, que gerará a composição e quantitativo de equipes para o repasse dos incentivos financeiros.

Art. 3º - Redefinir a Tabela de Tipo de Equipe conforme descrição a seguir:

CD	TE - TIPO DE EQUIPE
01	ESF - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
02	ESFSB M1 - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL - MODALIDADE I
03	ESFSB M2 - EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL - MODALIDADE II
04	EACS - EQUIPE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
05	EPEN - EQUIPE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
06	ENASF I - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA I
07	ENASF II - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA II

Art.4º - Estabelecer que caberá ao Gestor Municipal ou Estadual a responsabilidade de informar no cadastro do estabelecimento, a Regra Contratual, 71-11 - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SEM GERAÇÃO DE CRÉDITO TOTAL - NASF, para informação de não geração de crédito no Sistema de Informação Ambulatorial - SIA para os procedimentos realizados pelos estabelecimentos do Tipo 71 - Centro de Apoio à Saúde da Família, bem como para os demais estabelecimentos que informarem o serviço 147 - Serviço de Apoio à Saúde da Família;

Art. 5º - Definir que o Município constante na Portaria nº 1.203/GM, de 05 de junho de 2006, também deverá atender as diretrizes e normas definidas na Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008.

Art. 6º - Determinar que caberá ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - DRAC/SAS/MS, por meio da Coordenação Geral dos Sistemas de Informação - CGSI com o apoio do Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS/MS, adotar as providências necessárias junto ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS/SE/MS, para o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 7º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

CLEUSA RODRIGUES DA SILVEIRA BERNARDO

ANEXO I

ORIENTAÇÃO DE PREENCHIMENTO DA FICHA COMPLEMENTAR DAS EQUIPES DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - DADOS OPERACIONAIS:

Informar se o comando é de INCLUSÃO, ALTERAÇÃO OU EXCLUSÃO.

OBS - Enumerar todas as fichas utilizadas para o cadastro da equipe, identificando no formato NN/TT, onde NN é o número da folha e TT o total de folhas preenchidas para o cadastro de profissionais da equipe.

2 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2.1 - CNES

Informar o CNES ao qual a equipe esta vinculada em todas as folhas utilizadas.

2.2 - Nome Fantasia do Estabelecimento

Informar o Nome Fantasia do Estabelecimento em todas as folhas utilizadas.



3 - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

3.1 - Tipo da Equipe

As equipes serão identificadas a partir da tabela a seguir:

COD	TPE - TIPO DE EQUIPE
01	ESF-EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
02	ESFSB-M1-EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL - MODALIDADE I
03	ESFSB-M2-EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM SAÚDE BUCAL - MODALIDADE II
04	EACS-EQUIPE DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
05	EPEN - EQUIPE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
06	ENASF I - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA I
07	ENASF II - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA II

3.2 - Nome de Referência da Equipe:

As equipes também deverão ser identificadas pelo nome de referência (nome fantasia) em todas as folhas utilizadas.

3.3 - Data de Ativação

Deverá ser informada a data no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa) da ativação da equipe.

3.4 - Data de Desativação

Deverá ser informada a data da desativação da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa), bem como o tipo e o motivo da desativação, de acordo com as tabelas a seguir.

3.5 - Tipo de Desativação

Deverá ser informado o tipo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

CODIGO	TIPO
01	TEMPORÁRIA
02	DEFINITIVA

3.6 - Motivo da Desativação

Deverá ser informado o motivo da desativação de acordo com a tabela a seguir:

COD	MOTIVO
01	DIFICULDADE DE CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL
02	AUDITORIA/PERÍSSÃO
03	PERDA DO N.º MÍNIMO DE EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA REFERENCIADA
04	REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APOIO
05	MUDANÇA NA POLÍTICA MUNICIPAL DE SAÚDE
06	OUTROS MOTIVOS

4 - VINCULAÇÃO DA ESF VÁLIDA AO NASF

1 - QUANTO À IDENTIFICAÇÃO DAS ESF VINCULADAS

Deverá ser identificado no campo específico quais as ESF válidas que serão vinculadas para implementação do NASF, com as seguintes informações:

4.1. Código IBGE do município da equipe;

4.2. Código do CNES ao qual ela está vinculada;

4.3. O Tipo de Equipe;

4.4. O Código e a descrição do Segmento;

4.5. O Código e descrição da área.

1.1 - Para NASF I é obrigatória a vinculação do número mínimo de 08(oito) ESF e no máximo 20(vinte) ESF válidas.

1.2. Municípios com menos de 100 mil habitantes da Região Norte poderão ter no mínimo 05(cinco) e no máximo 20(vinte) ESF válidas.

1.3. Para o NASF II é obrigatória a vinculação do número mínimo de 03 (três) e máximo de 20(vinte) ESF válidas.

1.4. O município só poderá implementar um tipo de NASF levando em consideração as condições acima na qual ele se enquadrar.

5 - CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE

I - QUANTO AOS PROFISSIONAIS

Os profissionais da(s) equipe(s) deverão estar previamente cadastrados no CNES e vinculados ao estabelecimento onde a(s) equipe(s) será (ão) cadastrada(s). Os profissionais deverão ser vinculados as ENASF mediante a informação dos campos (5.1.1) Nome, (5.1.2) CPF, (5.1.3) CBO - Classificação Brasileira de Ocupação, (5.1.4) CNS - Cartão Nacional de Saúde, (5.1.5) CHS - Carga Horária Semanal, (5.1.6) Equipe Mínima.

I.1 - CARGA HORÁRIA OBRIGATORIA

O preenchimento da informação de Carga Horária Semanal - CHS, campo 5.1.5, do tipo Ambulatorial, Hospitalar e Outros será por meio da importação da informação constante no cadastro do profissional e sua totalização será consistida pelo sistema de acordo com a CHS permitida para cada CBO, estabelecida para a equipe mínima prevista no item III - Composição da equipe.

A carga horária semanal obrigatória é de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais da ENASF I e ENASF II, com as combinações estabelecidas na política, com exceção dos profissionais médicos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que podem ter carga horária semanal no mínimo de 20 horas semanais.

Para os profissionais que forem incorporados à equipe mínima não haverá consistência de carga horária.

I.2 - EQUIPE MÍNIMA

Deverá ser identificado se o profissional faz parte da equipe mínima no campo 5.1.6 a ser considerada em todos os critérios estabelecidos na Portaria GM Nº. 154 de 24 de janeiro de 2008.

II - COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES

De acordo com a legislação vigente as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família devem ser cadastradas com os profissionais e regras abaixo especificadas, sendo facultada a inclusão de outros profissionais dentro da política de saúde implementada no município, sendo que, para estes não haverá financiamento com recursos federais.

II.1 - ENASF I - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA I

Deverá ser composta por no mínimo 05(cinco) profissionais de nível superior de ocupações (CBO) não coincidentes, constantes nesta tabela abaixo, observando as condições a seguir:

GRUPOS DE PROFISSIONAIS	DESCRIÇÃO	CBO
PROFISSIONAIS EM GERAL	Assistente Social	2516.05
	Farmacêutico	2234.05
	Fisioterapeuta	2226.05
	Fonoaudiólogo	2238.10
	Médico Acupunturista	2231.01
	Médico Ginecologista	2231.32
	Médico Hematologista	2231.35
	Médico Pediatra	2231.40
	Médico Psiquiatra	2231.53
	Nutricionista	2237.10
	Terapeuta Ocupacional	2236.20

PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA (*)	DESCRIÇÃO	CBO
	Avaliador Físico	2241.05
	Ludomotricista	2241.10
	Preparador de Atleta	2241.15
	Preparador Físico	2241.20
	Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceção Futebol)	2241.25
	Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva	2241.30
	Treinador de Futebol	2241.35
PSICOLOGO (*)	Psicólogo Clínico	2515.10
	Psicólogo Social	2515.30

(*) APENAS 01 POR EQUIPE II. 2 - Poderão ser cadastrados 02(dois) profissionais médicos com CHS - Carga Horária Semanal de no mínimo 20 horas cada, não sendo necessário ter a mesma ocupação (CBO) onde será considerado um dos profissionais de 40 horas semanais da equipe e não 02(dois) profissionais. A equipe deverá ter outros 04(quatro) profissionais de ocupações (CBO) não coincidentes; ou 04(quatro) médicos de 20 h composto com outros 03(três) profissionais sempre respeitando o mínimo de 20h. Nestes casos, não podem ser mais de 02 médicos da mesma especialidade.

II. 3 - Os profissionais médicos não poderão atuar concomitantemente nas ESF (40h) com CBO de Médico de Saúde da Família e no NASF com outro CBO, mesmo com carga horária de 20h.

II. 4 - O profissional médico poderá estar vinculado a no máximo 02(duas) equipes NASF, independente de CBO.

II. 5 - No caso do NASF possuir profissionais Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais, estes deverão ser cadastrados em número de 02(dois) com CHS de no mínimo 20 horas para cada CPF(Profissional) e o mesmo não poderá ser vinculado a 02(duas) equipes de NASF seja no mesmo ou em estabelecimento diferente. Não serão considerados 02(dois) profissionais, a equipe deverá ter outros 04 (quatro) profissionais de ocupações não coincidentes.

II. 6 - Todos os demais profissionais (CBO) constantes nesta tabela de composição de ENASF I, diferente de Médicos, não poderão trabalhar em mais de uma ENASF I.

II. 7 - Será permitida a inclusão de apenas uma ocupação (CBO) da família dos profissionais de educação física (2441) e de psicólogo ao NASF.

III- ENASF II - EQUIPE DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA II

Deverá ser composta por no mínimo 03(três) profissionais de nível superior de ocupações (CBO) não coincidentes, constantes nesta tabela abaixo, observando as condições descritas em seguida:

GRUPOS DE PROFISSIONAIS	DESCRIÇÃO	CBO
PROFISSIONAIS EM GERAL	Assistente Social	2516.05
	Avaliador Físico	2241.05
	Farmacêutico	2234.05
	Fisioterapeuta	2226.05
	Fonoaudiólogo	2238.10
	Nutricionista	2237.10
	Terapeuta Ocupacional	2236.20
PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA (*)	Avaliador Físico	2241.05
	Ludomotricista	2241.10
	Preparador de Atleta	2241.15
	Preparador Físico	2241.20
	Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceção Futebol)	2241.25
	Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva	2241.30
	Treinador de Futebol	2241.35
PSICOLOGO (*)	Psicólogo Clínico	2515.10
	Psicólogo Social	2515.30

(*) APENAS 01 POR EQUIPE

III. 1-No caso do NASF possuir profissionais Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais, estes deverão ser cadastrados em número de 02(dois) com CHS de no mínimo 20 horas para cada CPF(Profissional) e o mesmo não poderá ser vinculado a 02(duas) equipes de NASF seja no mesmo ou em estabelecimento diferente. Não serão considerados 02(dois) profissionais, a equipe deverá ter outros 04(quatro) profissionais de ocupações não coincidentes.

III.2 - Será permitida a inclusão de apenas uma ocupação (CBO) da família dos profissionais de educação física (2441) e de psicólogo ao NASF.

5.1.7 - Data de Entrada

Deverá ser informada a data da admissão/entrada do profissional na equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa).

5.1.8 - Data de Desligamento

Deverá ser informada a data da demissão/saída do profissional da equipe no formato dia/mês/ano (dd/mm/aaaa). Não será permitida a alteração deste dado após a sua inclusão.

OBS: Será permitido e considerado para efeito do financiamento das equipes, o prazo de 90 (noventa) dias a contar da data de desativação do profissional, para realocação de outro. Ao final deste prazo, não havendo substituição do profissional desligado, será bloqueada a exportação dos dados da equipe à qual ele esteja vinculado.

5.1.9 - Profissional Carga Horária Complementar

Deverá ser informado o CPF e CBO do profissional que complementar a carga horária, de acordo com o artº 4 da PT GM 154 de janeiro de 2008.

ANEXO II

SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO DE SERVIÇO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA COMPATIBILIDADE COM OS PROFISSIONAIS (CBO).

Cód. Serv.	Descrição do Serviço	Cód. Class.	Descrição da Classificação	Grupo	CBO	Descrição
147	Serviço de Apoio à Saúde da Família	001	NASF 1			De acordo com a Portaria nº 154/GM
		002	NASF 2			De acordo com a Portaria nº 154/GM

SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

DESPACHOS DA SECRETÁRIA

Em 23 de julho de 2008

Processo nº 25000.125360/2007-29

Interessado: DROGARIA TULLIO DE ROSE LTDA

Assunto: Solicita inscrição na Expansão do Programa Farmácia Popular, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 491/2006

5.1.9 - O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, no uso das competências atribuídas pelo parágrafo quarto do artigo 8º da Portaria GM/MS nº 491/2006, publicada no DOU de 10/03/2006 e, à vista da documentação apresentada neste processo, DEFERE a participação da empresa DROGARIA TULLIO DE ROSE LTDA, CNPJ nº 07.492.485/0001-27 na Expansão do Programa Farmácia Popular do Brasil, vez que cumpridos os requisitos exigidos na referida Portaria para sua habilitação, inclusive quanto às suas filiais, a seguir discriminadas:

CNPJ nº 07.492.485/0002-08 CANOAS/RS

SUZANNE JACOB SERRUYA
Substituta

ANEXO D - REPORTAGEM SOBRE AUTUAÇÃO DO CREF/RS EM FISIOTERAPEUTA DE PORTO ALEGRE

Cref-RS fiscaliza na Capital exercício ilegal da profissão Fisioterapeuta estaria trabalhando condicionamento físico em clínica



Conforme fiscais, só o profissional de Educação Física deve aplicar exercício de prevenção **Crédito**.
Antônio sobral

Os fiscais do Conselho Regional de Educação Física (Cref-RS) autuaram ontem uma fisioterapeuta estabelecida no bairro Ipanema, na zona Sul de Porto Alegre, por exercício ilegal da profissão. Ela foi flagrada aplicando atividades de condicionamento físico. Para comprovar a irregularidade, o presidente da entidade, Eduardo Merino, agendou horário na clínica de fisioterapia e manifestou interesse em qualificar o físico, com ênfase para a recuperação da força. "A tarefa do fisioterapeuta é trabalhar nas lesões instaladas e a do profissional de Educação Física, na prevenção."

No momento em que os fiscais ingressaram no estabelecimento, Merino estava participando de uma aula experimental. Ao receber o auto de infração, a fisioterapeuta disse que desconhecia o impedimento de vir a oferecer fitness aos clientes por meio do planejamento e da execução de programas de atividade física voltados ao condicionamento físico. "Fiz dois cursos de especialização e, nos dois, recebi as orientações sobre as atividades que poderia realizar", justificou.

A fisioterapeuta salientou que está apta a fazer um trabalho de reforço muscular dos pacientes que a procuram, sempre com uma prescrição médica. Merino, no entanto, agendou uma sessão de fitness por telefone e não apresentou a ela diagnóstico de problemas de saúde. "Estou sadio. E antes de me submeter a uma aula experimental fiz exercícios físicos em uma academia", acrescentou o presidente do Cref-RS, destacando que situações como essa, flagrada ontem, acontecem com frequência em todo o Estado.

Merino faz um apelo para que as pessoas somente realizem suas atividades físicas com profissionais da Educação Física. "Do contrário, ao invés de encontrar uma solução, podem estar prestes a se deparar com um problema", advertiu. Os fiscais da entidade realizam, em média, 400 inspeções mensais em academias, em clubes e em espaços que prestam serviços relacionados com atividades físicas no Rio Grande do Sul. "Mais de 50% apresentam algum tipo de irregularidade, com ênfase para a falta de um responsável técnico", disse a chefe de Fiscalização, Fernanda Pinto.

Além de combater o exercício ilegal da profissão, o Cref-RS também está empenhado em acabar com a comercialização de esteroides androgênicos, também conhecidos como anabolizantes, em academias de ginástica e musculação. De acordo com Fernanda, é vedado o comércio do produto nos estabelecimentos. "Já mapeamos academias que comercializam o produto e vamos agir em parceria com Brigada Militar, Ministério Público e Agência Nacional de Vigilância em Saúde."

ANO 115 Nº 295 - PORTO ALEGRE, QUINTA-FEIRA, 22 DE JULHO DE 2010
Disponível em:
<<http://www.correiodopovo.com.br/Impresso/?Ano=115&Numero=295&Caderno=0&Noticia=171531>>

ANEXO E - CARTA DO PROFESSOR HERMÓGENES PARA O II ENCONTRO PEDAGÓGICO PROMOVIDO PELA CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE YOGA DO BRASIL.

Yoga não é Ginástica, por isso não Ceda à CONFEF

A POLÊMICA CONFEF

No Rio de Janeiro

1. Em caso de fiscalização por parte do CONFEF, exijam o papel do mandato assinado pelo Juiz, caso não o apresentem, NÃO permita a entrada do fiscal.
2. NÃO TEMA AMEAÇAS!
3. Não aceite ameaças, defenda o Direito de Cidadão que a constituição lhe faculta!
4. Em caso de dúvidas, procure a Associação Brasileira de Professores de Yoga no Rio de Janeiro - Tel.: (21) 234-4285.

CARTA DO PROF. HERMÓGENES SOBRE A PRETENDIDA, REDUÇÃO DO YOGA ETERNO À MODERNA EDUCAÇÃO FÍSICA

A CONYB (Confederação Nacional de Yoga do Brasil) convocou um II ENCONTRO PEDAGÓGICO no Rio (dias 20 a 22 de abril de 2001). Devendo estar ausente em corpo, pretendi estar presente no que penso do IHOCEP (Instituto Holoprático de Consultoria, Ensino e Pesquisa), órgão da CONYB, o qual, visando a legalização e regulamentação do magistério do Yoga no Brasil, solicitara convênio e apadrinhamento ao CONFEF (Conselho Federal de Educação Física), escrevi, para ser lida, a carta abaixo transcrevo.

Rio, 18 de abril de 2001
Prof. Hermógenes

Sra. Prof. MARIA HELENA SHMIDT, Exma. Presidente da CONYB.

Impossibilitado de comparecer ao nosso "Segundo Encontro Pedagógico", na qualidade de "Presidente de Honra" da CONYB, pedi ao Prof. Humberto que leia ao plenário meu ponto de vista sobre a relação IHOCEP-CONFEF. Não poderia me omitir.

No "Encontro" anterior também enviei uma carta, mas, não sei quem, exercendo arbitrariamente o poder de sensor, evitou que fosse lida. Pratiquei ahimsa, isto é, não reclamei e não protestei, até hoje. Espero que não se repita. Eis por que mencionei minha qualidade de "Presidente de Honra".

Serei breve ao declarar minha estranheza diante do slogan - "Mexeu e não está doente é com a gente", emitido pela CONFEF. Incontáveis indivíduos que se mexiam, mas realmente estavam doentes, se recuperaram com Yogaterapia.

Que entende desta ciência? A CONFEF?! Repudio o esforço do IHOCEP para nos levar a uma espúria submissão ao CONFEF. Como subordinar todo vasto sistema de educação, que é o Yoga milenar a uma educação somente "física" e criada há tão pouco tempo? Se o H da sigla IHOTEP significa mesmo holístico, como os mentores desta proposta de submissão da educação mais primorosa, vetusta e verdadeiramente holística, que é o Yoga, à uma educação somente física.

Não aceito tamanha contradição. Nunca ninguém poderá provar que treinamento físico seja o mesmo que holístico. Os que não entendem assim estão a tentar raciocínios sobre falsas razões. Repudio a repressão, aliás, ilegal, que profissionais do CONFEF, com a plena aprovação de elementos do IHOCEP (de colegas nossos!), vêm exercendo nas salas-de-aula de professores de Yoga, no exercício profissional. Repudio as ameaças de penalidades judiciais, com que o IHOCEP, abusivamente e ilegalmente, vem ameaçando os que não se renderam ao CONFEF.

Não vejo como aprovar os sofismas jurídicos manipulados pelo IHOCEP e pelo CONFEF para concluir que uma lei que regulamenta tão somente a atividade do professor de Educação Física, e o faz com precisão, seja válida também para nós, professores de Yoga. Educação Física e Desportos são Yoga? Como responderiam esta pergunta os verdadeiros Yogis - Patanjali, Vyasa, Ramakrishna, Yogananda, Vivekananda, Aurobindo, Ramana, Madre Teresa de Calcutá, São João da Cruz, Santa Teresa de Ávila, São Francisco, Jesus Cristo...

Que um profissional de Educação Física, por nada saber de Yoga ainda insista em que Yoga é Esporte ou Atividade Física, vá lá, mas alguém que ensina Yoga, não. Também não posso aceitar que pessoas, que se fazem passar por professores de Yoga, transformem seu magistério em negócio, chafurdice erótica, e outras aberrações. A CONYB, as federações e associações precisam se unir para a defesa do Yoga e caminhar para um Conselho nacional.

Por último, lamento que o último Boletim da CONYB tenha publicado acusações contra a colega Marilda Veloso, na qual tenho reconhecido uma incansável lutadora para levar o Yoga para além de sua fase pré-científica no Brasil, fase que nos fragiliza e permite mal-entendidos como o atual. Onde está ahimsa?

As acusações que foram publicadas, referentes à eleição da nova diretoria, no dia 20 de outubro de 1988, eu, que estava presente, afirmo, perante Deus, foram inverídicas, portanto, injustas. Onde anda satya? É profundamente lamentável que tal aconteça. Defendo Marilda como viria a defender outras pessoas que amo há muito tempo, tais como Neuza Veríssimo, Maria Helena Shmidt, Dagmar krebs, Celeste Castilhos, Mário Shimada, Marcus Rojo, Glória Arieira, Paulo Murilo, enfim todos os antigos companheiros que praticam o verdadeiro Yoga e merecedores de admiração e amor.

Um apelo: resistamos à submissão do Yoga; cultivemos principalmente satya, ahimsa e esforcemo-nos por nossa união; e mais que tudo, estudemos e pratiquemos o Yoga da milenar tradição.

Agradeço pela atenção. Que Deus toque todos os corações de todos os participantes, de forma que este encontro seja realmente democrático, esclarecedor e contribua para a harmonia, a paz e principalmente para nossa independência profissional. Peço que vejam neste meu pronunciamento uma definição em prol da sobrevivência e da dignidade do Yoga e meu apelo em favor de ahimsa, satya e prema.

NAMASTÊ

*Academia Hermógenes
Hatha Yoga Clássico
Situada à Rua Uruguaiana, 118 - Cobertura
Rio de Janeiro - RJ*

Disponível

em:

<http://www.iccfh.net.br/index.php?option=com_content&view=article&id=77:yogaginastica&catid=4:artigos&Itemid=37>