



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

BRUNA WESTFAL BURATTO

**GRUPOS DE PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FLORIANÓPOLIS
2018

BRUNA WESTFAL BURATTO

**GRUPOS DE PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech

FLORIANÓPOLIS
2018

BRUNA WESTFAL BURATTO

**GRUPOS DE PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS NA ATENÇÃO
BÁSICA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito parcial para a obtenção de título de Especialista em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Cassiano Ricardo Rech - Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Dr. Mathias Roberto Loch
Universidade Estadual de Londrina

Esp. Cecília Stähelin Coelho
Prefeitura Municipal de Florianópolis

RESUMO

A aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a posterior criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), representam importantes marcos no processo de evolução do Sistema Único de Saúde (SUS). Os NASF, atuais Nasf-AB, são compostos por equipes multiprofissionais, os quais têm como objetivo central dar apoio à Estratégia de Saúde da Família e ampliar o escopo de suas ações, sem ser caracterizados como porta de entrada para a Atenção Básica à Saúde (ABS). Dentre as ações que podem ser desenvolvidas pelos NASF, com o propósito de auxiliar nas demandas de saúde dos usuários de determinado território, estão os grupos de Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF). Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi refletir sobre os grupos de PCAF na ABS. Por meio de revisão narrativa percebeu-se que, no cotidiano das práticas em saúde os grupos de PCAF têm se apresentado como importante contato inicial dos usuários, representando uma reorganização do SUS. Esse fato apresenta pontos positivos, como a ocupação dos espaços e equipamentos do território, a formação e o fortalecimento do vínculo dos usuários com a unidade de saúde e com as Equipes de Saúde da Família e o reconhecimento das PCAF como importantes ferramentas de cuidado em saúde. Porém, também foram observados alguns pontos negativos, como: a fragmentação do cuidado, o desalinhamento das atividades desenvolvidas com as necessidades reais do território e a responsabilização do setor saúde pela oferta de espaços de PCAF para lazer. Com base nessa reflexão, destaca-se a problemática da dificuldade da organização do serviço, relacionada à falta de aplicação das políticas e diretrizes do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Práticas Corporais e Atividade Física.

ABSTRACT

The National Politics of Health Promotion (PNPS) approval and later creation of Family Health Support Centers (NASF) represents a key point in the Unified Health System (SUS) progress. The NASF, now Nasf-AB, are composed of multiprofessional teams, whose main aim is to support the Family Health Strategy and to expand the scope of its actions, without being characterized as gateway to Basic Health Care (ABS). Among the actions that NASF can develop, with the purpose of assisting the health users' demands, there are the Physical Practices and Physical Activities (PCAF) groups. In this context, the aim of the present study was to reflect about PCAF groups in ABS. Through a narrative review it was noticed that, in the health practices routine, the PCAF groups has been presented as an important initial contact of the users, representing a reorganization of SUS. This fact presents positive points, such as: the spaces and equipments territory occupation, formation and strengthening of the bond between users and health unit and with Family Health Teams, and the PCAF recognition as important health care tool. However, some negative points were also observed: care fragmentation, misalignment between the developed activities and real territory needs and the health sector responsibility about the provision of PCAF leisure spaces. Based on this reflection, it is emphasized the problematic in the difficulty of the service organization, related to the lack of policies and SUS guidelines accomplishment.

Key words: Unified Health System, Family Health Support Center, Body Practices and Physical Activity.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) que poderão compor os NASF 11

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensão
CBO	Código Brasileiro de Ocupações
CNS	Conferência Nacional de Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PCAF	Práticas Corporais e a Atividade Física
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	02
2.	MÉTODO.....	05
3.	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	06
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
5.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

1. INTRODUÇÃO

Desde sua criação o Sistema Único de Saúde (SUS) tem passado por inúmeras transformações, com o propósito de se aproximar dos princípios e diretrizes previstos na legislação e preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária (MALTA et al, 2009; BUSS; CARVALHO, 2009).

Neste sentido, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) através da qual se ratificou a institucionalização da promoção da saúde no SUS, particularmente na Atenção Básica à Saúde (ABS). Tendo em vista o conceito ampliado de saúde e dadas às necessidades epidemiológicas, foram eleitos sete pilares temáticos para o desenvolvimento das ações da PNPS, dentre as quais as Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) (BRASIL, 2006; MALTA et al, 2009).

As PCAF devem ser compreendidas sob a luz das práticas em saúde em geral e permeadas pela perspectiva de que a saúde é resultante de um arranjo complexo de fatores determinantes e condicionantes (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008). Nessa lógica, as PCAF representam importante dimensão do cuidado à saúde, em sua forma ampliada (CARVALHO, 2012).

Outro marco na história do SUS, o qual conflui com os pressupostos da PNPS, foi a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (BRASIL, 2008), redefinido recentemente como *Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)*, através da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a qual aprova a nova Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (PNAB) (BRASIL, 2017).

Em 2012, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, a qual representou importante relevância no contexto da saúde coletiva no Brasil, uma vez que estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e reforçou aspectos importantes referentes as ações e organização do serviço dos antigos NASF.

Conforme a portaria que criou os NASF em 2008, estes se configuravam como equipes multiprofissionais que visavam ampliar a abrangência, o escopo das ações e a resolubilidade da ABS. Além disso, as ações e formas de organização do trabalho dos profissionais dos NASF confluíam e davam elementos para a materialização da PNPS (BRASIL, 2008).

O trabalho dos profissionais do NASF em todas as esferas, inclusive no âmbito das PCAF, de acordo com esta mesma portaria, deveriam ser pensados e organizados a fim de atender a amplitude do cuidado e deveria estar baseado no apoio matricial, através do qual os profissionais NASF se configuravam como uma retaguarda para as Equipes de Saúde da Família e, assim sendo, não deveriam se configurar como porta de entrada para a Atenção Básica a Saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008).

Conforme a revisão da PNAB em 2017, alguns aspectos importantes que tangem os objetivos, as ações e organização do trabalho dos NASF, atuais Nasf-AB, foram modificados ou removidos (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Ainda que a ambas as PNAB mencionem que os NASF ou Nasf-AB “*não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo*” e que “*estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica*”, ou seja, não se caracterizam como porta de entrada para a ABS, contraditoriamente, a nova PNAB sugere a prestação de serviços diretos à população, enquanto a antiga PNAB não menciona em momento algum a prestação de serviços *diretos à população*, mas sim a *atuação direta* no “*apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes*” (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Com relação ao apoio matricial, este - que era o principal referencial teórico-metodológico de atuação dos antigos NASF - não é sequer mencionado na nova PNAB. Também não são mencionadas as Academias da Saúde¹, tão pouco as ações nelas desenvolvidas pelos Nasf-AB como ferramentas de “*fortalecimento do protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição*”, aspecto esse enfatizado na antiga PNAB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Levando em consideração as peculiaridades das ações desenvolvidas pelos profissionais NASF (atuais Nasf-AB) no âmbito das PCAF na ABS, bem como as mudanças ocorridas na PNAB, principalmente no que diz respeito à organização do processo de trabalho e à forma de acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelos profissionais do Nasf-AB, este estudo tem como objetivo geral refletir sobre os grupos de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Básica à Saúde. Com o intuito de atender esse objetivo, desdobram-se três objetivos específicos: descrever aspectos normativos e organizativos que envolvem os Núcleos de Apoio a Saúde da Família,

¹ O Programa Academia da Saúde é um programa criado pelo Ministério da Saúde e se materializa através de pólos construídos em espaços públicos, onde são desenvolvidas diversas ações que tem como objetivo central contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população (BRASIL, 2011).

atual Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; fundamentar as ações no âmbito das Práticas Corporais e Atividade Física no cenário da Atenção Básica à Saúde, enquanto espaços de promoção da saúde; e identificar e descrever aspectos relacionados aos grupos de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Básica à Saúde.

2. MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem qualitativa de natureza exploratória, do tipo revisão narrativa (ROTHER, 2007).

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual (ROTHER, 2007). Esse tipo de revisão consiste em organizar, esclarecer e compilar as principais obras existentes sobre determinado assunto, podendo também conter citações completas a fim de abranger o espectro de literatura relevante em determinada área (VOSGERAU; ROMANOWSKI, 2014).

Para o desenvolvimento desse estudo, foram pesquisados artigos, livros, leis e outros documentos legais, através dos diversos sistemas de busca, da Biblioteca Virtual em Saúde e sítios institucionais, principalmente do Ministério da Saúde.

Fez-se a opção de organizar os conteúdos em temáticas, as quais foram exploradas e discutidas com as fontes de informações encontradas na literatura.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: uma contextualização histórica

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficialmente regulamentado no Brasil na década de 80, a partir da necessidade de mudanças e transformações necessárias para a melhoria das condições de saúde e de vida da população. Embora tenham acontecido alguns avanços quando comparado às décadas anteriores, tanto em relação aos serviços ofertados quanto ao acesso, as políticas de saúde até esse período ainda eram limitadas (PAIM et al, 2011).

Neste período, as mudanças que aconteciam na organização do Sistema de Saúde, estavam especialmente ligadas ao Sistema Previdenciário Brasileiro. Alguns pontos de destaque foram: o decreto da “*Lei Eloi Chaves*” e a criação das “*Caixas de Aposentadorias e Pensão – CAPs*”, em 1923, que constituíram a base da Previdência Social no Brasil e posteriormente a ampliação dos *CAPs* com o surgimento dos “*Institutos de Aposentadorias e Pensão - IAPs*”. Algumas décadas depois, os *IAPs* foram unificados, centralizando o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), respaldado na Lei Orgânica da Previdência Social (1960), a qual vislumbrou uniformizar os métodos de previdência (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

A principal diferença entre os modelos é que as *CAPs* eram organizadas por cada empresa para seus funcionários, enquanto os *IAPs* abrangiam os trabalhadores agrupados por ramo de atividade. Já o INPS unificou todos os trabalhadores formais. Nos três modelos de previdência, exclusivamente aos contribuintes (trabalhadores com carteira assinada) eram ofertados os serviços de aposentadoria, pensão, assistência médica e medicamentos (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006).

Nesse contexto, a assistência à saúde, se restringia à assistência médica, centrada nas instituições previdenciárias, portanto, exclusiva aos seus contribuintes, os trabalhadores formais. Enquanto o restante da população dependia da assistência ofertada por instituições de caridade e filantropia. Além disso, se configuravam como

assistência à saúde algumas ações de caráter coletivo como campanhas e vigilância sanitária e epidemiológica, essas a cargo do Estado² (JORGE et al, 2007).

Portanto, ainda que o advento dos *CAPs*, *IAPs* e *INPS* tenham representado um passo importante na consolidação da Previdência Social no Brasil, haviam desigualdades evidentes no acesso aos benefícios e serviços ofertados por esses órgãos, que se justificavam em parte pela falta de entendimento desses serviços como um direito de cidadania (JORGE et al, 2007).

Diante deste quadro, a reorganização do sistema de saúde começou a tomar forma no Brasil em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), na qual foram fundamentadas as principais mudanças necessárias no período, com destaque para a ampliação do conceito de saúde e revisão da legislação que dizia respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde; a separação dos setores da Previdência e da Saúde em órgãos governamentais distintos e a reforma no financiamento da saúde; a saúde em sua concepção ampliada entendida como um direito e garantida pelo Estado com acesso universal e igualitário; o incentivo ao controle social e a formação dos Conselhos de Saúde; a descentralização e a implantação de políticas sociais em defesa da vida (BRASIL, 1986). Da 8ª CNS resultou um importante relatório que serviu como subsídio para os assuntos da Saúde na Constituição Federal de 1988 (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006), que será detalhada a seguir.

Juntamente com a Assistência e a Previdência Social, a Saúde participa do tripé da seguridade social no Brasil, conforme rege a Constituição. Portanto, foi através dessa configuração e organização que nasceu o SUS, pautado no pressuposto de que saúde é um direito social de todos e deve ser garantido pelo Estado.

Além disso, a Constituição também prevê que a organização do SUS aconteça de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada e o acesso aos serviços de saúde com fins de promoção, prevenção e recuperação se dê pelo acesso universal e igualitário e seguindo as diretrizes de atendimento integral aos sujeitos e participação da comunidade.

Com fins de regulamentar, orientar e organizar as ações e serviços de saúde no Brasil, foram sancionadas em 1990: a Lei 8.080, a Lei Orgânica da Saúde e a Lei 8.142. Complementando e enriquecendo o que já havia sido preestabelecido na Constituição. Essas três leis trazem mais detalhes acerca das competências e responsabilidades

² Para abranger essas atividades, o Ministério da Saúde foi criado, em 1953, como desdobramento do Ministério da Saúde e Educação, criado em 1930.

técnicas e orçamentárias de cada esfera do governo, bem como reafirmam e complementam os princípios SUS. Além dos já previstos na Constituição, anteriormente mencionados, destacam-se os princípios de transparência e resolutividade.

Tendo passado por várias reformulações ao longo dessas quase três décadas, atualmente, a organização dos serviços assistenciais do SUS ocorre em níveis, sendo considerado o primeiro desses níveis a Atenção Básica a Saúde (ABS). Esse modelo de organização segue o que havia sido previsto internacionalmente em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (MATTA e MOROSINI, ____).

Conforme a Política Nacional de Atenção Básica de 2012 (PNAB), a ABS se constitui como o contato preferencial dos usuários e principal porta de entrada do sistema de saúde e se caracteriza como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012a).

Em 2017, com a aprovação da nova PNAB, a ABS foi redefinida, reafirmando alguns dos aspectos já previstos na PNAB de 2012, porém excluindo o que diz respeito aos condicionantes e determinantes de saúde, bem como o papel do trabalho desenvolvido na ABS como elemento que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos, conforme segue:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Além disso, conforme ambas as PNAB, a ABS tem como princípios e diretrizes: território adstrito, acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, coordenar a integralidade em seus vários aspectos e estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

Atualmente no Brasil, a forma prioritária de organização da ABS é a Saúde da Família, a qual inicialmente se configurou como Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997) e posteriormente passou a se denominar como Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF, se respaldada nos princípios, diretrizes e fundamentos da ABS, com o intuito de expandi-la, qualifica-la e consolida-la, uma vez que favorece a organização do processo de trabalho, bem como possibilita a ampliação da resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades e apresenta importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

Para a efetivação da ESF é necessária a existência de equipe multiprofissional, denominada equipe de Saúde da Família (eSF), composta por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012a).

Portanto, a ESF se consolida em Unidades de Saúde, através das eSF, que atendem uma determinada população adscrita. A quantidade de eSF que cada Unidade de Saúde irá abarcar depende do número de pessoas que compõem o território, bem como o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Cada eSF apresenta responsabilidade sanitária por seu território de referência, sendo que o processo de trabalho dos profissionais deve ser orientado pela ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo, continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012a).

Com o propósito de apoiar as eSF, bem como ampliar a abrangência, o escopo das ações e a resolubilidade da ABS, foram criados em 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Em 2017, com a já mencionada aprovação da nova PNAB, os NASF passaram a se denominar Nasf-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica).

Juntamente com a modificação da denominação, ocorreram algumas alterações e exclusão de elementos constitutivos do processo e organização do trabalho dos profissionais dos NASF, atual Nasf-AB (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Ainda que tanto a portaria que criou os NASF em 2008, quando a nova PNAB, mencionem que os NASF ou Nasf-AB “*não são de livre acesso para atendimento*

individual ou coletivo” e que “estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica”, ou seja, não se caracterizam como porta de entrada para a ABS, contraditoriamente, a nova PNAB sugere a prestação de serviços diretos à população, enquanto a antiga PNAB não menciona em momento algum a prestação de serviços diretos à população, mas sim a atuação direta no “apoio matricial às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o NASF está vinculado e no território dessas equipes” (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Com relação ao apoio matricial, este - que era o principal referencial teórico-metodológico de atuação dos antigos NASF - não é mencionado na nova PNAB. Também não são mencionadas as Academias da Saúde, tão pouco as ações nelas desenvolvidas pelos Nasf-AB, as quais na antiga PNAB era enfatizada principalmente como ferramentas de *“fortalecimento do protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição”* (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

Os NASF, atuais Nasf-AB, são compostos por equipes de profissionais de diferentes áreas de conhecimento (conforme consta no Quadro 1) que atuam de maneira integrada e interdisciplinar, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes as quais apoiam, orientados pelo propósito de colaborar para a integralidade do cuidado, auxiliando no aumento da capacidade de análise, intervenção e resolutividade (BRASIL, 2012a).

A composição de cada NASF pode acontecer através de três modalidades: NASF 1, NASF 2 e/ou NASF 3 que diferem entre si de acordo com a carga horária total semanal mínima de todos profissionais e conseqüentemente a quantidade de profissionais que compõem esse núcleo (BRASIL, 2012b).

A(s) modalidade(s) de NASF que cada município irá adotar é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas. (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

A estratégia de trabalho desenvolvida pelos profissionais do NASF, desde a sua criação até a aprovação da nova PNAB, era organizada através do referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Atualmente, conforme a legislação, esta organização não recebe mais essa denominação e deve acontecer através da integração de conhecimentos de diferentes áreas do saber buscando aprimorar a capacidade de cuidado das equipes apoiadas, bem como auxiliar articulação com outros pontos de atenção da rede (quando há necessidade), tendo, portanto, como objeto as dimensões

social, subjetiva e biológica dos sujeitos e coletivos de um território (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Quadro1 - Ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) que poderão compor os NASF

Assistente Social	Psicólogo
Médico acupunturista	Medico psiquiatra
Profissional/professor de educação física	Terapeuta ocupacional
Farmacêutico	Medico geriatra
Fisioterapeuta	Medico do trabalho
Fonoaudiólogo	Medico veterinário
Médico ginecologista/obstetra	Médico internista (clínica médica)
Profissional de saúde sanitaria	Profissional com formação em arte e educação
Médico homeopata	Médico pediatra
Nutricionista	

Dessa forma, pode-se dizer que o Nasf-AB constitui-se em retaguarda especializada para as eSF, atuando no lócus da própria ABS através de trabalho compartilhado e colaborativo, fundamentado pelo processo de territorialização, em pelo menos duas dimensões: clínico-assistencial (aos usuários) e técnico-pedagógica (com as equipes) (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2017).

São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012a; BRASIL,2017)

Além de apoiar as eSF, os Nasf-AB também apóiam as Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Equipes Ribeirinhas e Fluviais), bem como as Academias da Saúde (BRASIL, 2012a).

Portanto, os profissionais do Nasf-AB, fazem parte da ABS e utilizam do próprio espaço das Unidades Saúde e do território adstrito para o desenvolvimento de suas ações as quais devem estar condicionadas as demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes às quais estão vinculados, de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e outras redes sociais e comunitárias e seus serviços, sem, no entanto, se constituírem como porta de entrada para o sistema (BRASIL, 2012a).

A criação dos NASF se apresentou como desdobramento e estratégia de materialização da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006 com o intuito de enfrentar os desafios de produção da saúde e promover a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde (BRASIL, 2006). Atualmente, com a aprovação da nova PNAB e redefinição dos NASF em Nasf-AB, houve a remoção de alguns aspectos relacionados à promoção da saúde na ABS no documento, principalmente no que tange ao fortalecimento e empoderamento dos sujeitos e coletivos, se distanciando dos preceitos da PNPS.

A PNPS apresenta ações específicas voltada para sete pilares temáticos: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável, com o intuito de implementar ações de promoção de saúde com enfoque na perspectiva do cuidado integral, prevenir de fatores condicionantes e determinantes de doenças e agravos à saúde e fortalecer da concepção ampliada de saúde (BRASIL, 2006).

As Práticas Corporais e Atividade Física como espaço potencial de promoção da saúde na Atenção Básica

O entendimento acerca do conceito da Promoção da Saúde perpassa discussões conceituais, filosóficas e políticas que caminham lado a lado com a história e evolução do conceito de saúde, bem como das políticas públicas voltadas para esse setor (CZERESNIA, 2009; HEIDERMANN et al, 2012).

Embora em constante debate teórico e conceitual, a Carta de Ottawa de 1986 continua sendo o principal documento norteador sobre Promoção da Saúde, que a define

como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa, 1986). A Carta é amplamente utilizada como referencial nas políticas governamentais e práticas de saúde, bem como em trabalhos acadêmicos (HEIDERMANN et al, 2012).

O conceito de Promoção de Saúde se ampara na perspectiva ampliada de saúde, conforme definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, nas quais os modos de viver que os sujeitos e coletividades organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses, assim como determinadas opções de viver como desejáveis fazem parte de um processo complexo que vai além do exercício da vontade individual e comunitária, pois estão fortemente atrelados aos determinantes sociais (BRASIL, 2006).

Conforme Buss e Pellegrini Filho (2007),

Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população geram a determinação social do processo saúde e doença, e são denominados Determinantes Sociais da Saúde, as características sociais dentro das quais a vida transcorre (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Em países como o Brasil e outros da América Latina, as diferenças sociais decorrentes principalmente da péssima distribuição de renda, têm um papel central nas condições de vida e saúde da população. Especialmente nesses contextos, a Promoção da Saúde constitui-se em “campo conceitual e de prática que busca explicações e respostas pretensamente integradoras para esta questão” (BUSS, 2000).

Conforme o Ministério da Saúde, a Promoção da Saúde se trata de uma estratégia de produção de saúde, através da qual as ações devem estar alinhadas com o propósito de responder às necessidades sociais que determinam o processo saúde-doença em nosso país e dessa forma potencializar formas mais amplas de intervir (BRASIL, 2006).

Czeresnia (2009) afirma que:

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2009).

Tendo em vista que a promoção da saúde reforça o conceito de Determinação Social da Saúde e se sustenta através de uma concepção ampla do processo saúde-doença, esse modo de pensar e operar necessariamente só se concretiza através da articulação entre saberes técnicos e populares, combinando ações do Estado (através políticas públicas), indivíduos (fomentando o desenvolvimento de habilidades pessoais) e comunidade (reforço de suas ações), mediante articulação intra e intersetorial (BUSS, 2010).

No Brasil, a implantação da PNPS impulsionou a expansão de diversas ações voltadas para a Promoção da Saúde, que já eram previstas em documentos anteriores (relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Lei 8.080/90, por exemplo), mas que não estavam instituídas.

Em suas diretrizes a PNPS reforça:

O reconhecimento da Promoção da Saúde como fundamental para a busca da equidade, a melhoria da qualidade de vida e de saúde; o estímulo às ações intersetoriais; o fortalecimento da participação social; a adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais; o incentivo à pesquisa para verificação da eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e a divulgação das iniciativas considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2010b).

Como componente das ações específicas priorizadas pela PNPS, incluem-se as Práticas Corporais e a Atividade Física (PCAF) nos serviços de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2006). Esse fato é especialmente relevante uma vez que aponta a importância dessas práticas como ferramenta para a promoção da saúde no contexto da saúde coletiva, bem como fundamenta a inserção do Profissional da Educação Física nesse espaço, para compor as equipes do NASF (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

A PNPS propõe que as ações nos âmbito das PCAF busquem favorecer a proposta de promoção da saúde com base nos Determinantes Sociais de Saúde e enfatizem o aconselhamento, a intersetorialidade e a mobilização de parceiros, tendo como norte o fortalecimento do controle social e da co-responsabilidade social e o direito ao lazer (BRASIL, 2010b).

Orientadas pelos preceitos da promoção da saúde, as PCAF devem estar alinhadas com componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais de determinada localidade e invariavelmente articuladas ao território onde se materializam as ações (BRASIL, 2010b).

Os Grupos de Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Básica à Saúde

Como parte das ações previstas no âmbito das PCAF na PNPS, apresenta-se a oferta de práticas lúdicas, esportivas e de lazer e de práticas como caminhadas e prescrição de exercícios, voltadas para a comunidade como um todo e para grupos vulneráveis (BRASIL, 2006), sendo que a maior parte dessas práticas deve ocorrer em formato de grupos e devem confluir com atividades já existentes em determinado território (BRASIL, 2010a).

De modo geral, o Ministério da Saúde recomenda que as atividades sejam atrativas para todas as faixas etárias, organizadas a fim de favorecer o maior número de pessoas e em espaços de fácil acesso (BRASIL, 2010a).

Além disso,

O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAF que já realizam e que venham a realizar (BRASIL, 2010a)

Embora sejam escassos os estudos que investigam as características dos grupos de PCAF no SUS, os poucos existentes indicam que as PCAF mais desenvolvidas na ABS são as aeróbicas e os exercícios resistidos com ênfase em ações que visam ao aprimoramento das capacidades físicas e à repetição dos movimentos (SOUZA; LOCH, 2012; MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014; COELHO; VERDI, 2015).

Os grupos de PCAF na ABS se caracterizam de diferentes formas com relação às modalidades desenvolvidas, espaços e horário de realização das atividades, perfil e quantidade de participantes. Essas características deveriam, a princípio, ser identificadas a partir da análise de situação de saúde e das possibilidades concretas de trabalho, bem como da demanda da comunidade, inspirada em experiência local ou no desejo coletivo (BRASIL, 2010a).

Atualmente, a maior parte das ações no âmbito da PCAF, dentre elas os grupos, são desenvolvidos através do NASF (especialmente o Profissional de Educação Física) e do Programa Academia da Saúde (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016).

Conforme já mencionado anteriormente, o NASF se caracteriza como parte da ABS e tem a perspectiva de oferecer apoio técnico e científico para as eSF. Nesse sentido, é importante destacar que sua atuação não deve se constituir em porta de

entrada para o sistema, tão pouco como um serviço especializado, fragmentado e desvinculado das ações desenvolvidas pelas eSF, mas sim deve estar em consonância com tais ações e estas com as necessidades em saúde de um determinado território.

No entanto, no cotidiano das práticas em saúde, os grupos de PCAF têm se apresentado como uma importante porta de entrada para a Atenção Básica. Loch, Rodrigues e Teixeira (2013), realizaram um estudo com 167 sujeitos que realizavam atividade física regularmente há pelo menos um mês, nos grupos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (do município de Londrina/Paraná) com o objetivo de verificar o perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas UBS, atendidos por profissionais de Educação Física, pertencentes ao NASF desse município. Através das entrevistas realizadas, foi identificado que aproximadamente 80% dos sujeitos souberam do programa de atividade física por intermédio de amigos, anúncio na igreja, família, pelo profissional de educação física, grupo de idosos, cartazes, porque viu as pessoas fazendo exercício e por outros meios, enquanto apenas aproximadamente 20% tomaram conhecimento do programa através da eSF.

A constatação do estudo supracitado demonstra uma mudança da lógica do fluxo de organização da ABS e, como parte dela, das diretrizes do processo de trabalho do NASF. Os autores do estudo atribuem essa forma de acesso aos grupos em parte pelo baixo conhecimento e divulgação das atividades físicas oferecidas pelo programa por parte dos profissionais da eSF, que em partes se justifica pela sobrecarga de trabalho (LOCH; RODRIGUES; TEIXEIRA, 2013).

Além disso, o fato do conhecimento dos grupos de PCAF pelos usuários acontecer minoritariamente através da eSF, pode ocorrer pelo desconhecimento dos profissionais sobre as políticas nacionais de saúde e o entendimento sobre o papel e o fluxo de trabalho dos profissionais do NASF (PEDROSA; LEAL, 2012).

Um outro aspecto relevante relacionado aos grupos de PCAF diz respeito à especificidade profissional. Souza e Loch (2011) perceberam em seu estudo que os trabalhos em grupo de PCAF, desenvolvidos por profissionais de educação física do NASF no norte do Paraná apresentavam uma tendência à priorização da especificidade profissional. Embora esse estudo tenha sido realizado pouco tempo após a implantação do NASF nas cidades investigadas, percebe-se que no cotidiano em saúde a especificidade profissional nos grupos de PCAF ainda é um fenômeno comum.

Uma das possíveis justificativas é a organização do processo de trabalho dos profissionais, que nem sempre privilegia espaços de atuação multiprofissionais, mas sim

reforça os processos de encaminhamento e de ações curativas e, nesse sentido, pode estar desarticulada da reflexão e do planejamento coletivo do trabalho (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014).

Outro ponto interessante a ser pensado, com relação aos grupos de PCAF é com relação ao local de realização destas atividades que, de modo geral, acontecem em espaços externos às unidades de saúde. Esse é um fato que, por vezes, dificulta a participação dos demais profissionais da ABS nesses espaços (além do Profissional de Educação Física, que em geral é o profissional responsável por essa atividade). É possível que isso decorra da organização processo de trabalho que os limita ou impede de compartilhar a atuação e responsabilidade nesses espaços. Essa limitação merece destaque, uma vez que dificulta a atuação multiprofissional, provocando distanciamento da integralidade no cuidado, um dos princípios fundamentais do SUS.

Conforme Martinez, Silva e Silva (2014):

Assumir os grupos nas unidades de saúde pode gerar um trabalho isolado do profissional de educação física, desintegrado do trabalho, dos projetos da equipe NASF e do trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2014).

Nesse sentido, podemos perceber que os grupos de PCAF podem se tornar desvinculados do trabalho em equipe, limitando a integralidade do cuidado por parte dos profissionais.

Contudo, na perspectiva dos usuários, é possível que os grupos não representem uma quebra na integralidade, já que o envolvimento com grupos de PCAF proporciona aos sujeitos uma experiência ampla de cuidado em saúde (BILIBIO; CECIM, 2007)

Se por um lado o fato da maior parte dos grupos acontecerem fora da unidade de saúde, dificulta a participação dos diversos profissionais nesses espaços, por outro lado favorece aos usuários o acesso aos mesmos. Além disso, a ocupação dos diferentes espaços e aparelhos do território fortalece a apropriação dos coletivos sobre esses espaços, estando este fato atrelado ao processo de emancipação e participação popular, que se aproxima dos preceitos da promoção da saúde.

A respeito dos grupos como espaços de promoção de saúde, no estudo de Loch, Rodrigues e Teixeira (2013), anteriormente mencionado, os autores encontraram que a maior parte dos integrantes dos programas de atividade física oferecidos pelas UBS (77,9%) percebeu sua saúde como boa ou ótima, mesmo a maioria (78,4%)

apresentando algum tipo de doença. Este achado, e sua representação na realidade cotidiana, permitem refletir que parte dos integrantes de grupos de PCAF associa sua inserção nesses espaços a aspectos ou motivos que se relacionam positivamente com sua saúde, demanda essa diferente daquela costumeiramente observada nas unidades de saúde, que de modo geral se associam aos problemas de saúde (PIMENTEL et al, 2011). Este fato é especialmente relevante quando resgatamos o potencial papel dos grupos de PCAF enquanto meio para a materialização do conceito da promoção da saúde no contexto da saúde coletiva.

Nesse sentido, Bilibio e Cecim (2007) destacam que

A educação física caracteriza-se menos por seu papel de aplicação terapêutica sobre quadro clínicos específicos e mais sobre a produção de saúde mediada por condutas de natureza relacional e educativa que têm em vista a *autonomia encarnada*, numa utilização de recursos profissionais próprios da interação corporal, corpo que se reconhece corpo pelo contato com os corpos e explora *o que pode*, corpos que se reconhecem mundo e *autoria de mundos*. Mais propriamente a educação física sabe que, potencialmente, o corpo existe em todos os sentidos imagináveis (...) o trabalho da educação física não é a motricidade ou o movimento, é a corporalidade a produção de uma corporeidade virgem e vivaz (BILIBIO; CECIM, 2007).

Por um lado, pensar essas peculiaridades das práticas da Educação Física aplicadas aos grupos de PCAF, demonstra o importante papel delas enquanto práticas de cuidado em saúde. Percebe-se também que esses espaços são instrumentos potenciais para fortalecer o vínculo entre equipe e usuários (FRANKE et al, ____). Além disso, ressalta a valorização e o reconhecimento das mesmas e do profissional de educação física no contexto da saúde coletiva.

Por outro lado, é preciso ponderar que esse profissional não deveria ser o único responsável pelos grupos de PCAF, haja vista que as atividades desenvolvidas pelos profissionais do NASF, mesmo em suas especialidades, deveriam ser produto de uma construção coletiva com as eSF.

Voltando a legislação que normatiza o trabalho do NASF/Nasf-AB, os grupos de PCAF no SUS, devem estar orientados por duas diretrizes. A primeira de que o trabalho deve ser desenvolvido na perspectiva da promoção da saúde e a segunda de que a abordagem das práticas deve dar conta das demandas do território, ampliando assim o escopo de possibilidades de organização e manifestação dessas práticas (BRASIL, 2010a).

Ambas se caracterizam como diretrizes desafiadoras. Especificamente com relação à segunda delas, percebe-se que as diretrizes nacionais para o trabalho no NASF/Nasf-AB nem sempre condizem com as realidades locais.

Em Florianópolis, a Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde é o documento ordenador da ABS no âmbito municipal que revisa e define normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e serviços de saúde do município. Nela estão contidas as atividades mínimas previstas para cada categoria profissional que compõe a ABS, bem como as atividades comuns a todos os profissionais.

Nas competências ou atividades mínimas específicas do Profissional de Educação Física (profissional que de modo geral se responsabiliza pelos grupos de PCAF no município), estão previstas três atribuições: “*realizar educação permanente das ESF/NASF sobre orientação para prática de atividade física*”, “*apoiar as ESF em ações de promoção de saúde e mudança de comportamento*” e “*realizar grupos de promoção de atividade física para adultos*”. Esse terceiro item desconsidera as características e necessidades iminentes dos diversos territórios atendidos. Além disso, pode ser trazida para reflexão a questão do horário de funcionamento dos Centros de Saúde no município em questão, que ocorre em horário comercial, dificultando e até mesmo impossibilitando a participação dos adultos nesses grupos em sua grande maioria.

Por fim, ainda que a promoção da saúde esteja fortemente associada ao setor saúde, ele por si só não abrange todas as possibilidades de resposta necessárias para a efetivação da promoção da saúde (MALTA et al, 2014). Sendo assim, devido os inúmeros fatores anteriormente mencionados, por vezes, o trabalho com grupos no âmbito das PCAF na ABS se distancia do seu objetivo central de existência que é responder às questões de saúde de determinado território e passa a suprir uma demanda dessas práticas que competem, também, a outros setores envolvidos como educação, esporte, cultura e lazer.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que os grupos de PCAF na Atenção Básica à Saúde representam um espaço potencial para a consolidação dos preceitos da promoção da saúde, uma vez que favorece a ocupação dos espaços e equipamentos do território e o empoderamento dos sujeitos e coletivos sobre os mesmos. Além disso, como aspecto positivo desses espaços, destacamos a formação e o fortalecimento do vínculo dos usuários com a unidade de saúde e as eSF, bem como o reconhecimento das PCAF como importante ferramenta de cuidado em saúde, bem como a valorização do profissional de educação física nesse contexto.

No entanto, existem algumas limitações para o desenvolvimento desses espaços respeitando os princípios e diretrizes do SUS, dos quais destacamos o distanciamento dos demais profissionais (além do profissional de educação física) desses espaços e conseqüente fragmentação do cuidado e o desalinhamento das atividades desenvolvidas no âmbito das PCAF, com as necessidades reais do território. Além disso, percebemos como um limite da organização dos setores públicos a responsabilização do setor saúde pela oferta de espaços de PCAF para lazer.

Em nossa reflexão esses limites decorrem principalmente da dificuldade de organização do serviço, relacionada à possível falta de aplicação das políticas e diretrizes do SUS no cotidiano.

Além disso, embora não seja o propósito central deste estudo, vale ressaltar que as mudanças (ou retrocessos) contidas na nova PNAB, indicam uma importante mudança na configuração dos antigos NASF, bem como nos rumos da ABS no Brasil.

Sugere-se, que novos estudos acerca do tema sejam realizados, com o propósito de investigar as várias realidades e organizações da ABS existentes nos diversos municípios e territórios do Brasil, que possam conduzir a resultados amplamente representativos, extrapolando assim a investigação teórica.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [online]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em 09 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. [online]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>. Acesso em 23 de março de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b. [online]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html. Acesso em 09 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília; 2010b.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Eco cidadania & Meio Ambiente**. [online]. 2010. Disponível em:

<http://www.ecodebate.com.br/2010/02/12/o-conceito-de-promocao-da-saude-e-os-determinantes-sociais-artigo-de-paulo-m-buss/>. Acesso em 08 de novembro de 2017.

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

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 09 nov 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 08 de novembro de 2017.

CARVALHO, F. F. B. Educação física e saúde coletiva: diálogo e aproximação. **Corpus et Scientia**, v. 8, n. 3, p. 109-126, dez. 2012.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.

BILIBIO, L.F.; CECCIM, R.B. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Org.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 47-62.

COELHO, C. S.; VERDI, M. I. M. Políticas e programas de atividade física: uma crítica à luz da promoção da saúde. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.6, n.3, p. 96-108, 2015.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed., Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2009.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Carteira de Serviços. 2014. Disponível em <http://carteira.apsfloripa.org/> Acesso em 09 de fevereiro 2018. Acesso em 29 de janeiro de 2018

FRANKE, C. M.; BERTOLDI, M.; LEIMANN, E. V.; FORTES, E. Grupo de atividade física como ferramenta de promoção de saúde: relato de experiência. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/download/6510/5286>. Acesso em 02 de dezembro de 2017.

HEIDEMANN, I. T. S. B.; BOEHS, A. E.; FERNANDES, G. C. M.; WOSNY, A. M.; MARCHI, J. G. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 613-619, 2012.

LOCH, M. R.; RODRIGUES, C. G.; TEIXEIRA, D. C. E os homens? E os que moram longe? E os mais jovens? ...? Perfil dos usuários de programas de atividade física oferecidos pelas unidades básicas de saúde de Londrina - PR. **Revista Brasileira de Ciências e Esporte**, v. 35, n. 4, p. 947-961, 2013.

MALTA, D. C.; DE CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; DE MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. A política Nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.18, n.1, mar. de 2009.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A.; ALBUQUERQUE, G. M.; AMORIM, R. C. A.; RODRIGUES, G. B. A.; SILVA, T. S.; JAIME, P. C. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014.

MARTINEZ, J. F. N; SILVA, A. M.; SILVA, M. S. As diretrizes do NASF e a presença do profissional em Educação Física. **Motrivivência**, v. 26, n. 42, p.207-221, 2014.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 13 de novembro de 2017.

JORGE, E. A.; MESQUITA, A. C. S.; DE PAIVA, A. B.; MARTINS FILHO, R. F. Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil. **Ministério da Saúde**. Secretaria Executiva, 2007. Brasília – DF. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2013/outubro/14/doc2-141013.pdf>. Acesso em 08 de novembro de 2017.

OLAKSON P. P.; ANDRÉA F. L. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 235-253, abr/jun de 2012.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**. (Série Brasil) [online]. 2011; p. 11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em 24 de outubro de 2017.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, v.8, n.1, p. 13-19, 2006.

PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Movimento**, v. 18, n. 02, p. 235-253, 2012.

PIMENTEL, I. R. S.; COELHO, B. C.; LIMA, J. C.; RIBEIRO, F. G.; SAMPAIO, F. P. C.; PINHEIRO, R. P.; ROCHA FILHO, F. S. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 20, p. 175-181, jul/set de 2011.

ROTHER, E T. Editorial: Revisão Sistemática x Revisão Narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, 2007.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 30, n.4, 2012.

SOUZA, S. C. D.; LOCH, M. 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 & Saúde**, v. 16, n. 1, 2012.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.