



Artigo de Revisão

# O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

## THE PROFESSIONAL OF PHYSICAL EDUCATION IN THE UNIQUE SYSTEM OF BRAZILIAN HEALTH

Rodolfo Adriano Goulart Santana<sup>1</sup>, Mateus Dias Antunes<sup>2</sup>, José Roberto Antunes<sup>3</sup>, Daniel Vicentini de Oliveira<sup>4</sup>

Data de Submissão: 28/10/2017 Data de Publicação: 06/06/2018

**Como Citar:** GOULART SANTANA, Rodolfo Adriano *et al.* O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO. **RENEF**, [S.l.], v. 7, n. 10, p. 43 - 61, jun.2018. ISSN 2526-8007. Disponível em: <<http://www.renef.unimontes.br/index.php/renef/article/view/169>>. Acesso em:

### Resumo

O presente estudo teve como objetivo apresentar o papel do profissional de educação física no Sistema único de saúde (SUS) brasileiro. No Brasil, os esforços para se criar e executar um sistema de saúde universal, que seja acessível e de qualidade para todos, vem sendo debatido e reformulado ao longo dos anos. As manifestações corporais e esportivas distribuídas entre atividades e exercícios físicos sistematizados dentro do SUS, são de suma importância para a melhora nos aspectos que envolvem a qualidade de vida da população, visto que devido ao aumento da demanda de doenças crônicas, os serviços básicos de saúde precisaram se adequar alterando algumas estratégias intervencionais visando ações objetivas com resultados positivos em relação a saúde da população. Diante disso, o SUS por meio de ações e estratégias, tem procurado ampliar e desenvolver intervenções relacionadas à Educação Física como tratamento preventivo de algumas doenças crônicas, evidenciando um papel de grande importância do profissional de Educação Física. Contudo, apesar da imensurável importância da educação física na contribuição para a manutenção da saúde da população, é preciso mencionar as dificuldades que o profissional encontra para se qualificar e entrar nesse mercado de trabalho, muitas vezes desenvolvendo seus conhecimentos e sistematizando seus métodos com escassez de matérias e espaços e pouquíssimos recursos financeiros que poderiam ser investidos a fim de melhorar a intervenção do profissional de educação física no SUS.

**Palavras-chave:** Atividade motora; Saúde; Promoção da saúde.

<sup>1</sup>Faculdade Metropolitana de Maringá - FAMMA

<sup>2</sup>Centro Universitário de Maringá - UNICESUMAR

<sup>3</sup>Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF

<sup>4</sup>Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

## Abstract

The present study aimed to present the role of the physical education professional in the Brazilian National Health System (SUS). In Brazil, efforts to create and implement a universally accessible and quality health system for everybody have been debated and reformulated over the years. The corporal and sports manifestations distributed among activities and physical exercises systematized within SUS are of great importance for the improvement in the aspects that involve the quality of life of the population, since due to the increase of the demand of chronic diseases, basic health services needed to adapt by altering some intervention strategies aiming at objective actions with positive results in relation to the health of the population. Under the circumstances, the SUS, through actions and strategies, has sought to expand and develop interventions related to Physical Education as a preventive treatment of some chronic diseases, evidencing a role of great importance for the Physical Education professional. However, despite the immeasurable importance of physical education in contributing to the maintenance of the health of the population, it is necessary to mention the difficulties that the professional finds in qualifying and entering this labor market, often developing their knowledge and systematizing their methods with a shortage of materials and spaces and very few financial resources that could be invested in order to improve the intervention of the physical education professional in the SUS.

**Keywords:** Motor activity; Health; Health promotion.

## Introdução

No Brasil, os esforços para criar-se e executar um sistema de saúde universal, que seja acessível e de qualidade para todos, vem sendo debatido e reformulado ao longo dos anos, onde o planejamento do mesmo e a burocracia em volta dessa ideia se confundem com a própria luta pela redemocratização do país, e assumindo possíveis laços de resistência em relação à bancada conservadora com relação às políticas públicas dos últimos anos (MILANI; GERMANI, 2012).

Essa modernização e ampliação nas novas normas das políticas públicas relacionadas à saúde e assistências básicas a que todos têm direito enquanto cidadãos, se fez necessária visando uma forma de melhor atender as reais necessidades da população em geral, surgindo desse momento político, a reforma sanitária brasileira, sendo pautada pela mobilização de alicerces fundamentados para a criação de diretrizes de um sistema ao qual abrangeria grande parte dos problemas de saúde existentes em nossa sociedade (RODRIGUES et al., 2013).

De acordo com Santos (2012), as dificuldades das ações desse sistema são plenamente evidentes, onde a descentralização e a interdependência de cada região ao lidar de forma operativa e orçamentária associado à centralização dos programas de saúde com base genérica, tornam a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) extremamente ineficaz. Porém, o mesmo se faz necessário para que, mesmo com tantas dificuldades, todos tenham assistência e atenção básica à saúde (ABS), tanto física quanto mental.

Cavalheiro e Guimarães (2011) apontam que desde a década de 90, a partir da Constituição Federal de 1988 onde sancionou-se a Lei de 8080/90 que regulamentou

o SUS, a preocupação com a formação dos profissionais da área da saúde foram intensificadas, uma vez que com esse novo molde criado, uma mudança significativa e pontual na formação acadêmica desses profissionais se fez necessária, onde o desenvolvimento da formação em seu contexto acadêmico, visando a intervenção e promoção à saúde, devem andar de forma alinhadas com as diretrizes do SUS para que um não esteja em desacordo com o outro.

Desde o começo da década, o Ministério da Saúde (2010) tem enfatizado que os projetos voltados à promoção da saúde devem contribuir diretamente para que sejam realizadas ações que priorizem as respostas positivas em relação à integridade física, mental e social das pessoas, visto que a Promoção da Saúde deve estar articulada de acordo com as políticas e tecnologias presentes no SUS.

Dentre os profissionais atuantes no SUS, de acordo com Silva e Barros (2010), o de Educação Física está interligado diretamente com a Promoção da Saúde, conscientização e prescrição de atividades e exercícios físicos que contemplem perspectivas de uma boa qualidade de vida para a população em geral. Segundo Scabar et al. (2012), a Educação Física está implementada na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), tendo como principal foco, ações interventivas na rede básica de saúde, assim, inserindo automaticamente o profissional desta área na composição das equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), modulando e qualificando a Educação Física como fator preponderante e indispensável nas redes de atenção à saúde no SUS, consolidando e ampliando sua área de atuação na sociedade atual.

A de se considerar que as Políticas Públicas do Esporte e Lazer (PPEL) e os Projetos Sociais Esportivos (PSE) também contribuem de maneira significativa para a evolução do campo de atuação e aumento do nível de atividades e exercícios físicos nos moldes do mundo atual em nossa sociedade. Essas diretrizes avançam exponencialmente de formas quantitativas e qualitativas. Isso se dá pelo investimento feito na área do esporte e lazer para todos, corroborando com a Constituição Federal Brasileira de 1988 que em seu artigo 217, salienta que é dever do Estado fomentar práticas desportivas nos âmbitos formal e informal (MENDES; AZEVÉDO, 2010).

Essas manifestações corporais e esportivas distribuídas entre atividades e exercícios físicos sistematizados dentro do SUS, segundo Scabar et al. (2012) são de suma importância para a melhora na qualidade de vida da população que deverá adotar posturas e rotinas mais saudáveis no seu cotidiano. No entanto, estudos relatam que, a estrutura curricular do acadêmico de Educação Física em diversas regiões como sul e sudeste do Brasil é insuficiente para a atuação do mesmo na área da saúde, tornando assim, o Profissional da Educação Física um ser atuante escasso dentro do NASF, Unidade básica de saúde (UBS) e demais vertentes do SUS, tanto pela falta de capacitação profissional quanto pela escassez de informação e relatos nessa área (SILVA; BENEDETTI, 2012).

Posto isto, a presente revisão narrativa da literatura tem como objetivo apresentar o papel do profissional de educação física no sistema único de saúde brasileiro.

## Desenvolvimento

### Políticas Públicas de Saúde no Brasil

As políticas públicas surgiram para minimizar a crescente desigualdade social e as distorções por elas promovidas nos âmbitos trabalhistas, saúde, esporte e lazer, reivindicando melhores condições dos direitos sociais previstos em lei, sendo um conjunto de ações promovidas pelo Estado (SOUZA; BATISTA, 2012).

Segundo Marques et al. (2011), as políticas públicas devem contar com a participação social, para que sua elaboração seja pautada em conteúdos e estratégias que busquem de formas legais, a realização de ações governamentais quanto a ofertas de programas de saúde, ou seja, a participação democrática social é fundamental para a construção de um cenário mais saudável da sociedade. Santos (2010) salienta que no século XXI a participação popular tem tido uma maior abertura em relação as políticas públicas, contribuindo para a elaboração e adequação das diretrizes às realidades e necessidades da população.

Souza e Batista (2012) expõem que as primeiras leis sociais são datadas a partir do final do século XIX e vieram se modernizando e abrangendo novos campos de acordo com o processo de industrialização ao qual o Brasil passava. A partir dessa transformação industrial que atingiu setores políticos e econômicos, Getúlio Vargas ao assumir o poder na década de 30, sancionou a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), ao qual era incumbido o planejamento e execução de leis sociais voltadas à área da saúde e educação pública, de forma que na década de 40, o governo promoveu uma profunda reestruturação em seus Ministérios ampliando os órgãos de saúde do Estado, sendo coordenado pelo governo federal através do MESP (SOUZA; BATISTA, 2012). Somente por volta de 1953, a educação e a saúde foram separadas, criando-se assim, dois novos ministérios, um para a saúde e outro para a educação (PAIM, 2009).

Durante o regime militar, entre 1964 e 1984, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), foram unificados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966 (BRAVO, 1996). Nessa época, vários órgãos e programas foram criados para a disseminação da saúde para todos, contudo, o sistema de saúde do Brasil possuía várias falhas, sendo insuficiente, mal gerido e incapaz de suprir as necessidades da população naquela época (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Durante o final da década de 70, as discussões acerca da saúde eram pautadas principalmente na elitização de acesso à mesma, contribuindo para a dificuldade em atendimento para o restante da população em geral, principalmente o trabalhador rural (BRASIL, 2011). Nesse momento, o poder público atuava com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que depois passou a ser conhecido e denominado como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que contribuía principalmente dando assistência aos seus associados, dispendo de grande estrutura orçamentária e estrutural, tendo grandes edificações e recursos humanos (SOUZA, 2003).

A partir da forma que o INAMPS operava, foi então criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, cujo principal objetivo era a contenção e melhor gerenciamento de gastos no setor público da saúde, visto que prioritariamente a elite da população daquela época, é que tinha acesso à assistência básica de saúde. A CONASP conseguiu pequenos avanços por meio das Ações Integradas de Saúde (AIS) impactando de maneira significativa a rede básica ambulatorial, na aquisição de recursos humanos, na ligação entre serviços municipais e o setor privado, favorecendo os responsáveis pelas atividades de assistência à saúde,

entre eles os hospitais de ensino (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Em 1978, entre 6 e 12 de setembro, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), organizaram a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários a Saúde em Alma-Ata, evento este realizado no Cazaquistão, até então território da antiga União Soviética, onde o mesmo tinha como principal objetivo, um acordo com os 134 países participantes, que deveriam atingir o máximo nível de saúde até o ano de 2000 por meio da Atenção Primária de Saúde (APS), sendo conhecida como “Saúde Para Todos no Ano 2000” (MATA; MOROSINI, 2009).

A declaração de Alma-Ata é composta por 10 itens enfatizando a APS e expondo a necessidade em especial, dos países subdesenvolvidos, sendo considerada a primeira declaração internacional a dar tamanha importância para aspectos voltados para a saúde. Ela propõe a redução dos gastos com armamentos bélicos e um maior investimento nas políticas públicas, visando o favorecimento do cidadão com maiores necessidades, aumentando assim a produção de medicamentos e formulando logísticas eficazes para a distribuição dos mesmos para a sociedade em geral, onde o governo deverá arcar com os custos e demais obrigações a ele incumbidas (MATTA, 2005).

Apesar de os objetivos da Alma-Ata ter ficado longe de terem sido atingidos plenamente até o tempo estipulado, sua exposição ao menos foi uma forte referência para a reforma sanitária a que muitos países, principalmente o Brasil (MATOS, 2000), visto que com a queda do regime militar na década de 80, um movimento social composto pela sociedade, pesquisadores e profissionais da saúde, conhecido como Reforma Sanitária Brasileira, imergiu em meio à crise existente, que consolidou e acabou sendo a base dos ideais do SUS atualmente (SOUZA; BATISTA, 2012), com o objetivo de promover o direito universal à saúde e organização de atendimento integral (BRASIL, 1988).

## **O Sistema Único de Saúde Brasileiro**

### **Histórico do SUS**

De acordo com a Lei Orgânica de Saúde de nº 8.080, instituída em 1990, o SUS é definido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (LUCCAS et al., 2016).

Em 1988, a RSB conseguiu um importante passo na formação do SUS, fundamentando na sua Constituição Federal (CF) normativas relacionadas ao setor de saúde amparada pelas políticas públicas de saúde já existentes, com significativa melhora em suas diretrizes operacionais buscando abranger a todos que necessitassem do amparo governamental para o tratamento de enfermidades, evidenciado no Art. 196 da CF onde diz que, “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (SOUZA, 2003). Sua manutenção, segundo o Art. 198, deveria ser financiado de acordo com o Art. 195, através de verbas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Outra manobra, segundo Souza (2003), que ia de acordo com a determinação constitucional para a implementação do SUS, foi a transferência do INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, decretado em 7 de março de 1990

publicado no decreto nº 99.060.

De acordo com a Lei nº 8.080 exposta por Souza (2003), o SUS deveria ser comandado de forma única nas diversas esferas do governo, definindo o Ministério da Saúde como principal gestor da União, seguindo a normativa descrita no Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7 que endossa os princípios do SUS como sendo a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, alterando a situação vigente no Brasil, que contava agora com um sistema público de saúde único e universal.

### **Princípios do SUS**

Segundo Teixeira (2011), o princípio fundamental que intermeia o conjunto de leis e normas que constituem a solidez da base jurídica da política nacional de saúde responsável pela criação e manutenção do SUS, está exposto no artigo 196 da Constituição Federal de 1988, que afirma: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, corroborando com Souza (2003) que menciona o Capítulo II dos princípios e diretrizes do SUS como sendo um programa universal de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Essa universalidade tende a ser o resultado final desse processo pautado nos princípios de saúde para todos, o ideal a ser alcançado. No entanto, são necessários programas de extensões e coberturas de serviços, para que seu acesso seja de feito de forma eficaz pela população em geral, desencadeando um processo de universalização, tornando o SUS de fato universal (TEIXEIRA, 2011).

Outro princípio sancionado junto ao SUS é o da Equidade, descrito segundo o Ministério da Saúde (1990) como um conjunto de ações e serviços com as complexidades de todas as variáveis existentes nos diversos tipos de casos, assegurando ao cidadão, que o serviço a ser prestado possa ir até ele sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos (BRASIL, 1990).

A Equidade nos últimos anos tem sido o tema central dos debates acerca das melhorias propostas para o SUS, procurando meios de se formar ações para a conscientização da necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais”, ou seja, suprir as reais necessidades dos indivíduos que solicitarem os serviços do SUS, por meio de intervenções muitas vezes individualizadas e não tão generalistas, a fim de ampliar as chances de igualdade de sobrevivência para todos, visto que muitas desigualdades são injustas e esbarram principalmente nas barreiras sociais hoje em dia (TEIXEIRA, 2011).

O terceiro princípio que rege o SUS de acordo com o Ministério da Saúde (1990), é o da Integralidade, que reconhece todo cidadão como uma parte importante de uma comunidade, determinando que as ações de promoção à saúde devam ser partes de um todo indivisível, não podendo ser compartimentalizada, onde as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível modelando um sistema capaz de prestar assistência integral a todos que de fato precisem de forma eficaz. O princípio da integralidade trata o homem como um ser integral, biológico e psicossocial, que deverá ser atendido com esta visão

integral, por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990).

### **Estrutura Organizacional do SUS**

Segundo o Ministério da Saúde (1990) e Teixeira (2011), existem princípios que regem a estrutura organizacional do SUS, sendo a Regionalização e Hierarquização, que coordenam as ações e como os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica, distribuídas numa área geográfica delimitada e pré-determinada, com a definição da população a ser atendida, resultando diretamente na capacidade de serviços prestados a uma determinada população; a Resolubilidade, que trata da resolução dos problemas até onde o programa seja capaz de resolvê-lo; a Descentralização, cujo objetivo é a distribuição de responsabilidades, tanto de funções como de ações e serviços dentro de diferentes camadas do governo como o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Comissão Intergestores Bipartite (CIB), estabelecendo pactos entre os municípios com a coordenação da gestão estadual, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), estabelecendo pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS (MATTA, 2007).

Outro ponto que faz parte da estrutura organizacional do SUS é Participação do Cidadão, que por meio de seus representantes e amparados pela Constituição Federal, tem participação direta no processo de formulação de leis e ações em pró da saúde, além de sua execução, tanto federal quanto local e a Complementaridade do Setor Privado, que segundo a Constituição, quando os setores públicos não tiverem recursos para lidar com determinadas situações ou casos, o setor privado deverá ser contratado diante de três condições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A primeira trata das normas públicas prevalecerem sobre as normas particulares, celebrando um contrato firmado entre ambos os setores. A segunda condição diz respeito a instituição privada estar de acordo com as normas técnicas e princípios básicos do SUS, prevalecendo os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade. E a terceira menciona que o serviço privado deve manter a mesma lógica de funcionalidade do SUS, seguindo seus conceitos organizativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

### **Objetivos do SUS**

O principal objetivo do SUS é atender a demanda da saúde pública em escala nacional, promovendo ações para que se cumpra o princípio da dignidade humana previsto na Constituição Federal, que é o direito à saúde e à vida, podendo alterar a situações de desigualdades na assistência básica a saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer hipótese conforme diz o Art. 5º, I da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990):

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Assim, para propiciar a redução do risco doença e outros agravos, o SUS deve identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde impõe ao SUS:

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econô-

micos e sociais, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; propiciam a prevenção, proteção e recuperação no campo da saúde, segundo o art. 5º, III da Lei Orgânica da Saúde:

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

### **Gestão e Financiamento do SUS**

De acordo com Souza (2003), o financiamento do SUS é de responsabilidade dos três níveis de governo, a nível nacional, é de responsabilidade do Ministro da Saúde, a nível estadual, o Secretário de Estado da Saúde é o articulador, e nas vias municipais, o Secretário Municipal de Saúde é o responsável (CONASS, 2003), visto que em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional 29 (EC-29) que determinava a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema.

Segundo o Conass (2003), a Lei Orgânica de Saúde em seu Art. 15, estabelece três esferas governamentais da saúde dentro do governo federal, sendo elas, a direção nacional do SUS, ficando encarregada das ações de diversas vertentes como apoiar políticas de alimentação e nutrição, definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. A direção estadual ficando encarregada de promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde, identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional e etc.

E por fim, a direção municipal, cujas delimitações de ações ainda indo de acordo com o Conass (2003), são baseadas em estratégias como celebrar contratos e convênios com empresas do setor privado de saúde, controlando e avaliando seu modo de operação, além de normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação e etc.

Essas ações necessitam de verbas advindas do governo, apontadas através dos dados e informações que Souza (2003) evidenciou, onde em agosto de 1994, o decreto de nº 1.232, instituiu mecanismos de repasse de cerca de 70% do total de recursos federais aos municípios e estados, através de transações feitas pelo Fundo Nacional da Saúde, lembrando que existe a captação de recursos financeiros municipais e estaduais através de orçamentos próprios. Porém, o nível federal ainda é o maior responsável pelo financiamento do SUS.

O Ministério da Saúde (2001) estabelece que o ressarcimento aos contribuidores dos serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável por sua gestão.

Indiferente do governo que executa o pagamento de seus funcionários, o SUS usa a mesma base de dados para serviços ambulatoriais, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outro para os serviços hospitalares - o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O Departamento de Informática do SUS (DATASUS) é o responsável pelo levantamento das informações relativas às internações financiadas pelo SUS, atuando de forma centralizadora, utilizando de uma tabela de preços definidos pelo Ministério da Saúde, haja vista que os pagamentos das internações hospitalares e os serviços prestados são descentralizados para o nível de governo responsável pela sua

gestão (SOUZA, 2003).

Visando seguir os princípios doutrinários do SUS, onde a saúde é direito de todos, foram criados alguns projetos, com caráter dinâmico, como o Programa Saúde da Família, diante da crescente demanda e exigência que o SUS tem que arcar com o aumento de nossa sociedade, abortar e suprir com eficiência e qualidade, as necessidades do crescente número de pessoas dependentes e não dependentes do SUS.

### **Programa Saúde da Família (PSF)**

Segundo Córdoba (2013), o Programa de Saúde à Família - PSF, surgiu em 1991 juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, que em primeiro momento atuavam na região do nordeste brasileiro. Somente em 1994, foi que o Ministério da Saúde começou a implantar as primeiras equipes do PSF sendo estruturadas como Equipes da Saúde à Família, tendo como modelos de referência e atuação, os programas canadenses e cubanos, expondo de fato a importante atuação do Agente Comunitário de Saúde - ACS (CORDOBA, 2013).

Nesses moldes, o PSF visava contribuir e fortalecer uma reorganização da Atenção Básica favorecendo o novo modelo de formas assistenciais. Sua logística de funcionamento estava enfocada em proporcionar ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças além da manutenção da saúde da comunidade, levando até o ambiente físico e social daqueles que não poderiam dispor dos serviços prestados nas UBS, ampliando as visões das reais necessidades e intervenções na sociedade por meio de assistência e orientação sobre saúde, com prestação de cuidados de enfermagem, supervisão e orientação sobre prestação de cuidados, territorializando e mapeando a comunidade vigente a cada equipe (CORDOBA, 2013).

Ohara (2014) argumenta que cada equipe do PSF deveria acompanhar no máximo 4 mil habitantes, acompanhando-os através de visitas domiciliares e estabelecendo vínculos afim de identificar e intervir em fatores que possam proporcionar problemas de saúde e situações de riscos.

As principais diretrizes do PSF estavam em consolidar o enfoque multiprofissional gerando uma maior integração de diferentes elementos dentro de uma mesma equipe, criando vínculos com a população através da presença do ACS onde o mesmo segundo Fernandes (2015) deveria realizar e definir o mapeamento de seu território de abrangência, sendo esta uma estratégia afim de consolidar o SUS, reorganizando as práticas e intervenções em relação à saúde e redimensionando o molde de modelo assistencial (CORDOBA, 2013).

Para Sucupira (2003), o que de fato marcou o PSF foi a mudança de foco que passou a ser a saúde e não mais a doença, no entanto o desgaste desse sistema é inevitável, devido a diversos fatores como mudança do perfil epidemiológico, onde as doenças infectocontagiosas vão sendo sobrepostas diante das doenças crônicas, podendo ser degenerativas ou não.

Uma nova estratégia seria extremamente viável do ponto de vista clínico e social, visto que o PSF já não supria mais as necessidades da população em geral, onde uma nova abordagem pudesse se configurar aos padrões da sociedade atual, que constantemente passa por modificações e exigências em grandes demandas (OHARA,

2014).

### **Estratégia Saúde da Família**

Segundo Dalpiaz e Stedile (2011), a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil junto com o Pacto em Saúde em 2006, advindo do PSF, que deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente nas ABS, tendo os mesmos princípios do SUS se caracterizando pela manutenção da vida, saúde e dos serviços e assistências prestados pelos órgãos competentes. A implementação e expansão da ESF, de acordo com a PNAB (2006) fica incumbido ao município.

Seus objetivos visam à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os objetivos do SUS, sendo tida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por promover um remanejamento do processo de ações e serviços com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos interventivos da atenção básica, ampliando a os resultados positivos e criando um impacto no cenário nacional da saúde da população em geral, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade-benefício (BRASIL 2006).

As diretrizes da ESF, até então PSF, foram sancionadas em 1997, e de acordo com o Ministério da Saúde (1997) as diretrizes da ESF são: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; a descrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes.

As ESF possuem um amplo território de abrangência, fazendo-se necessária uma equipe multiprofissional, e composta por no mínimo um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Demais profissionais poderão fazer parte da equipe de acordo com a necessidade da população vinculada e cadastrada no sistema (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

### **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde com o intuito de apoiar e fortalecer a continuidade e integralidade da atenção básica juntamente com a ESF, onde profissionais de diferentes especialidades trabalham em conjunto com a equipe da ESF, ampliando o campo de abrangência de assistência básica proporcionado pelo SUS, garantido a integridade física e mental das pessoas (RODRIGUEZ, 2011).

Segundo Oliveira et al. (2012), o NASF é formado por profissionais atuantes em diversas áreas específicas, como Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Nutricionista, Profissional de Educação Física e Psicólogo, podendo adquirir profissionais de outras áreas de acordo com a necessidade das famílias cadastradas no ESF.

A proposta principal do NASF é a orientação e divulgação de informações pertinentes aos usuários sob os cuidados do mesmo, desempenhando uma funcionalidade onde cada contribuinte atua de forma específica, no intuito de proporcionar um melhor acompanhamento e adaptação do ambiente para as necessidades da população por ele responsável (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), são nove as áreas estratégicas que compõem o NASF: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/ práticas corporais; práticas integrativas e complementares, e a implementação das mesmas, devem ser feitas e geridas pelos gestores municipais.

As principais diretrizes do NASF estão interligadas com a Atenção Primária à Saúde - APS, sendo elas a ação interdisciplinar e Inter setorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (RODRIGUEZ 2010), que dependem de recursos já condicionados à realidade brasileira como o Apoio Matricial, da Clínica Ampliada, do Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e a Pactuação do Apoio (BOURGET, 2008).

Para Formiga e Ribeiro (2012), o NASF, por meio de ações, podem promover a inclusão social e desenvolvimento de uma qualidade de vida aceitável para pessoas com deficiências através de atividades físicas e práticas corporais, como caminhadas, danças, orientações e sistematização para prática de exercícios físicos, práticas lúdicas como gincanas, esportivas e terapêuticas, possibilitando a formação de uma rede de apoio social e promovendo a participação do usuário em diferentes projetos sociais (BRASIL, 2008).

O NASF presta auxílio no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre necessidades de saúde, em termos clínicas, sanitários e ambientais. As mudanças sociais, culturais e econômicas que ocorreram no mundo de forma intensificada no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade, alterações essas que aumentaram os desafios relacionados à vida. A saúde, sendo uma esfera da vida, não permaneceu fora do contexto de mudanças. A transformação da sociedade é também a transformação da saúde.

A partir de definições constitucionais que regulamentam o SUS, foi proposto pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde, para enfrentar os desafios de produção da saúde, em um cenário cada vez mais complexo. Entende-se que promoção à saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento, compondo redes de compromissos quanto à qualidade de vida da população, e a constante melhoria dos serviços por eles prestados, com o intuito de acompanhar toda a transformação que a sociedade enfrenta.

### **Política Nacional de Promoção da Saúde no SUS**

A Política Nacional de Promoção da Saúde vem sendo debatida desde a redemocratização do Brasil e segundo o Ministério da Saúde (2010), está voltada principalmente a lidar com aspectos que acarretam o processo saúde-adoecimento como desemprego, violência, fome, falta de saneamento básico, higiene básica e etc, visando à ampliação de possibilidades mais saudáveis por parte da população no âmbito onde vivem ou trabalham, pois o modo como o ser humano vive, é interpretado segundo a PNPS como um produto e produtor, transformando a economia, a política, os aspectos sociais e culturais que modificam a vida em uma sociedade com velocidade cada vez maior (CASTRO, 2003).

Com isso, a participação social na estratégia de promoção de saúde é primordial uma vez que suas necessidades serão visualizadas e notadas, implementando ainda mais o seu papel contínuo na promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No sentido de garantir a integralidade do cuidado à saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde dispõe de diretrizes além de recomendar estratégias de organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do SUS. Essas estratégias devem estar voltadas a um caráter introdutório, com estruturação e fortalecimento das ações da Promoção da Saúde no SUS, sendo de responsabilidade Federal a divulgação e a articulação entre os estados referentes às ações. O Gestor Estadual Implementa as diretrizes da Política de Promoção da Saúde a níveis regionais e por fim, os Gestores Municipais que Implementam as diretrizes da Política de Promoção da Saúde em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional e as realidades locais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os argumentos sobre promoção da saúde têm aumentado cada vez mais, diante do contexto, levanta-se a importância das atividades físicas como combate à doenças e prevenção das mesmas, deixando evidente a importância do profissional de Educação Física.

### **O Profissional de Educação Física no SUS**

Devido ao aumento da demanda de doenças crônicas, os serviços básicos de saúde precisaram se adequar a essa nova realidade, alterando algumas estratégias intervencionais visando ações objetivas com resultados positivos em relação a saúde da população (SIQUEIRA et al., 2008).

O SUS, em sua estrutura constitucional, deveria oferecer e prestar serviços em todos os campos envolvendo a manutenção da saúde, o controle de doenças e endemias, no entanto, na área da saúde, o que se encontra de fato é a escassez de recursos humanos, principalmente o profissional da educação física, que embora tenha um papel fundamental nesse aspecto, não se tem a mesma importância durante sua formação acadêmica e o mesmo não busca por uma melhor capacitação profissional, ampliando seu leque de abrangência profissional e expandindo de forma eficaz o seu campo de trabalho (FACHINNI et al., 2006).

É fato que pessoas com certo nível de atividades e exercícios físicos em sua rotina, possuem risco menor para o desenvolvimento de doenças crônicas ao longo da vida (SHEPARD, 1995), porém em nosso país, de acordo com Hallal e Victora (2003), os níveis de sedentarismo ainda são alarmantes, gerando uma população mais propensa às doenças e um custo maior aos sistemas de saúde, tanto direto quanto indiretamente.

O cenário atual do Brasil é de uma população pré-disposta ao sedentarismo, no entanto, o sistema de saúde oferece melhorias de impacto direto em nossas vidas com seus profissionais atuantes, promovendo um estilo de vida mais adequado e gerando menos gastos à gestão dos serviços prestados (GARET et al., 2004), cabendo ao Profissional de Educação Física, a busca por uma melhor capacitação profissional de seus conhecimentos e sistematização, valorizando e qualificando sua importância e seu papel dentro do SUS.

Por ser uma nova tendência cada vez mais constante dentro dos programas

do SUS, seguindo o pensamento de Souza e Loch (2011) o profissional de educação física ainda esbarra dentro de alguns quesitos como falta de estrutura curricular, fraca divulgação das ações e intervenções do mesmo, falta de espaços adequados, e informações restritas ao participante do programa ou grupos ao qual esse profissional está responsável.

Contudo, quando uma nova proposta de ação é sugerida à população, é normal que não haja uma plena disposição em aderir à ideia logo de cara (SOUZA; LOCH, 2011), tendo uma maior adesão com o passar do tempo, levando em consideração o perfil das comunidades, onde Jenkins (2007) menciona a existência de grupos de adesão de acordo com a novidade exposta, sendo eles em sua sequência lógica os Inovadores, que se caracterizam por serem os primeiros a aderir, aprovadores iniciais, maioria inicial, maioria tardia e os resistentes remanescentes que demonstram maior resistência em aderir a ideia.

Alguns autores como Almeida e Gutierrez (2005), mencionam que o curso de Educação Física ainda está engatinhando e vem se modernizando com o passar do tempo, porém, a sua formação “esportivizada” ainda está contribuindo para o baixo número de profissionais dentro do SUS, onde aqueles que já estão inseridos muitas vezes esbarram na realidade do nosso sistema, ou talvez na sua forma generalista de trabalhar, não esboçando ideias inovadoras para atrair a população para a prática de atividades e exercícios físicos (SOUZA; LOCH, 2011).

No entanto, Skowronski (2014), evidencia em seus estudos que a grade curricular contempla disciplinas pertinentes ao campo de atuação do Profissional de Educação Física dentro do SUS, como anatomia, fisiologia, primeiros socorros, cinesiologia, antropométrica e medidas de avaliação física, mas é falho ao preparar o profissional para trabalhar no sistema de saúde não ofertando disciplinas que são específicas para preparar o profissional com o propósito de ser inserido no SUS.

Isso se explica também pelo pouco tempo ao qual o curso de Educação Física foi de fato regulamentado como profissão, sendo reconhecido como integrante da área da saúde no ano de 1997 pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da resolução nº 218/97 (BRASIL, 1997), tendo em vista que o curso vem se reformulando e buscando aprimoramento constante com o intuito de maior abrangência e eficácia possível.

A criação do SUS em 1990 contribuiu para uma evolução do sistema de saúde brasileiro, substituindo estratégias que visavam principalmente a cura das doenças, para modelos que apresentassem a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (FLORINDO, 2009). Com o passar dos anos, o SUS desenvolveu ações objetivas com a implantação do antigo PSF, que atualmente é mencionado como ESF, tendo como foco a reorganização à ABS (OLIVEIRA; BORGES, 2008).

Com a ampliação do ESF e a criação do NASF, Souza e Loch (2011) argumentam que a promoção da saúde tem cada vez mais aumentado a divulgação da importância das atividades físicas como combate às doenças crônicas e prevenções das mesmas, evidenciando um papel de grande importância do profissional de Educação Física.

Contudo, apesar da conquista desse espaço e a imensurável importância que a educação física conseguiu expor através de seus benefícios como contribuição para a manutenção da saúde, é preciso mencionar as dificuldades que o profissional encontra para se qualificar e entrar nesse mercado de trabalho, muitas vezes desenvolvendo

seus conhecimentos e sistematizando seus métodos com escassez de materiais e espaços e pouquíssimos recursos financeiros que poderiam ser investidos a fim de melhorar a intervenção do Profissional de Educação Física no SUS (SOUZA; LOCH, 2011).

Segundo Pasquim (2010), existem cerca de 137 mil profissionais formados em educação física no Brasil de acordo com os dados do Ministério da saúde em 2007, tendo como maior absorção de trabalho, o do âmbito escolar. O mesmo ainda salienta que no período de seu estudo, no estado de São Paulo existiam 158 profissionais da educação física atuando dentro do NASF, sendo 105 avaliadores físicos, 36 técnicos em desportos individuais e coletivos, 13 preparadores físicos, três em Ludomotricista e um técnico de laboratório e fiscalização desportiva.

Com as iniciativas governamentais por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde e a criação do NASF, fizeram com que a educação física e seus profissionais, fossem mais valorizados como parte essencial dentro do SUS (PASQUIM, 2010). No entanto ao analisarmos os estudos a cerca desta área em questão, nos deparamos com um cenário de pouco prestígio nas grades curriculares das faculdades e de estudos sobre o mesmo (CECCIM; BILLIBIO, 2002).

Diversos pesquisadores como Gonzáles e Almeida (2008) e Ceccim e Billibio (2002), concordam que, existe uma desorganização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais em educação física e de saúde em geral, expondo currículos em suas graduações um tanto quanto tradicionais, que não conseguem rebater as necessidades concretas e reais do nosso cotidiano, onde os professores deveriam mudar ou rever seus métodos de ensino, para que ocorra uma mudança e respectivamente uma melhora na formação superior na área da saúde.

Partindo deste ponto, Fraga et. al. (2012) mencionam que as intervenções por meio das práticas corporais, atividades físicas e exercícios físicos podem se tornar, no SUS, um campo excepcional para implementar-se junto à atenção em saúde, ampliando as possibilidades de encorajamento e mobilização populacional, para que no processo de manutenção de sua saúde, elas possam criar um vínculo de corresponsabilidade, um novo conceito social aumentando suas relações autônomas, valorizando o uso de espaços públicos como as Academias da Terceira Idade (ATI), que embora tenham como alvo principal, o público idoso, poderiam ser usado de forma responsável por qualquer cidadão (CARVALHO, 2006).

Segundo a PNPS (2006), o Profissional de Educação Física tem como suas principais funções, mapear e identificar as ações de práticas corporais existentes no SUS, tanto nas ABS como nas ESF, tal como apoiar-las e encontrar meios de inserir tais práticas onde ainda não existem, ofertando exercícios físicos como caminhadas, prescrevendo exercícios sistematizados, promovendo atividades lúdicas, esportivas e de lazer na rede básica de saúde, tendo um papel de prevenção de doenças por meio de aconselhamentos e divulgações de ações sociais, desenvolvendo campanhas em pró da saúde coletiva de nossa sociedade, buscando por meio de estudos e metodologias, articular novos meios que sejam mais eficazes na busca de um melhor cenário de nossa atual realidade, dando margem para que o SUS não seja tão sobrecarregado como está sendo atualmente.

O que fica evidenciado até aqui é que tanto o curso de formação de Profissionais em Educação Física quanto o profissional já formado, ainda destoam da grande demanda imposta pelos serviços públicos de saúde, onde a Educação Física deve

extrapolar alguns conceitos sociais e ir além de visões midiáticas e hegemônicas (ANJOS; DUARTE, 2009). Pensar na Educação Física implica considerar a formação, o profissional que vai refletir sobre o grupo ou indivíduo com o qual trabalha, a sociedade nos planos históricos, econômicos e culturais para, a partir de então, pensar, elaborar e propor conteúdos e estratégias. Falarmos apenas em atividade física diz respeito a uma tarefa, com intuito de verificar os efeitos provocados por ela (FREITAS, 2007).

A formação em Educação Física, deveria acrescentar em seus futuros profissionais, noções de políticas públicas, gestão em saúde, instrumentos e configurações de suas instituições para que pudéssemos desempenhar nosso papel com o máximo de eficiência enquanto profissionais da saúde (ANJOS; DUARTE, 2009).

## Conclusão

Diante do exposto, conclui-se que o profissional de Educação Física tem um importante papel dentro do SUS, atuando de diferentes formas, mas que visa, principalmente, à prevenção de doenças, manutenção e melhora da saúde, além de promover aspectos que influenciam diretamente em fatores ligados à qualidade de vida, promovendo inclusão social e uma rotina mais saudável por meio das práticas corporais. Sua atuação está amplamente interligada com a conscientização social de que as práticas de atividades físicas podem trazer benefícios à saúde do mesmo. É possível correlacionarmos que as Políticas Públicas de Saúde e as ações por elas promovidas, além de campanhas midiáticas, são fatores que contribuem para a atuação do Profissional de Educação Física no SUS.

No entanto, ainda é comum esbarrar na falta de estrutura física e até mesmo uma certa desvalorização por parte da sociedade e inclusive dentro do próprio SUS, onde, em algumas vertentes, ainda se enxerga o profissional de Educação Física como o indivíduo que trabalha dentro do âmbito de academias e desportos. Isso se deve muito à sua formação acadêmica, um tanto quanto “esportivizada”, que ainda não supre a formação essencial à que ele deveria ter para estar-se inserindo neste campo de trabalho.

Com isso, tem-se novos profissionais de Educação Física se formando a cada ano, sem ter a melhor formação para trabalhar efetivamente dentro do SUS e na atenção básica a saúde, onde a falta de conscientização deste novo profissional também é um fator que corrobora com o cenário atual, visto que poucos têm interesse nessa área e buscam se qualificar de forma que supram as reais necessidades de nossa sociedade cada vez mais sedentária.

## Referências

ALMEIDA, M. A. B., GUTIERREZ, G. L. O lazer no Brasil: do nacional desenvolvimentismo à globalização. **Conexões**, 2005;3(1):36-57.

ANJOS, T. C., DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 2009;19(4):1127-1144.

BERNARDO, W. M., NOBRE, M. R. C., JATENE, F. B. A prática clínica baseada em evidências. Parte II: Buscando as evidências em fontes de informações. **Revista**

**Associação Médica Brasileira.** 2004;50(1):1-9.

BOURGET, M. M. M. **Estratégia Saúde da Família:** a experiência da equipe de reabilitação. São Paulo: Martinari, 2008.

BRASIL. (1988). **Constituição Federal.** Brasília, DF. Disponível em: <<<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10647364/artigo-217-da-constituicao-federal-de-1988>>>. Acesso em: 13 dez. 2016.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.** Diário Oficial da União, n. 18. Seção 1, p. 47-49. 25 jan. 2008.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas Sociais e Práticas Profissionais. São Paulo: Cortez/ UFRJ, 1996.

CARVALHO, Y. M. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, 2006;7;33- 45.

CASTRO, A. M. **A equipe como dispositivo de produção de saúde:** o caso do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI/UERJ) [dissertação de Mestrado]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2003.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, 2011;1(2):19-27.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações:** a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: DaCasa, p. 163-177. 2002.

CONASS. **Para Entender a Gestão do SUS** - Progestores (Programa de informação e apoio técnico as novas equipes gestoras estaduais). 2003

CORDEIRO, A., OLIVEIRA, G. M., RENTERIA, J. M., GUIMARÃES, C. A. Revisão Sistemática: Uma Revisão Narrativa. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, 2007;34(6): 428-431.

SCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS.** In Lima, N.T., Gerschman, S., Elder, F.C., Suárez, J.M. (Orgs.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 59-82. 2005.

SCOREL, S., TEIXERA, L. A. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista.** In Giovanella L. (Org). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 333-384. 2008.

FACHINNI, L. A., PICCINI, R. X., TOMASI, E., THUMÉ, E., SILVEIRA D. S., SIQUEIRA, F. V., RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, 2006;11(3):669-81

FLORINDO, A. A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 2009;4(2):72-73.

FORMIGA, N. F. B., RIBEIRO, K. S. Q. S. Inserção do Fisioterapeuta na Atenção

Básica: uma Analogia entre Experiências Acadêmicas e a Proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2012;16(2):113-122.

FRAGA, A. B., CARVALHO, Y. M., GOMES, I. M. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, 2012;10(3):367-386.

FREITAS, F. F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GARETT, N., BRASURE, M., SCHIMITZ, K., SCHULTZ, M., HUBER, M. Physical inactivity: direct cost to a health plan. **American Journal of Preventive Medicine**. 2004; 27: 304-309.

GONZÁLEZ, A. D., ALMEIDA, M. J. Onde nascem e como se concretizam as mudanças na formação superior da área da saúde? **Revista Espaço para a Saúde**, 2008;10(1):25-33.

HALLAL, P. C., C. G. VICTORA, J. C. K. WELLS, and R. C. LIMA. Physical Inactivity: Prevalence and Associated Variables in Brazilian Adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Vol. 35, No. 11, pp. 1894-1900, 2003.

LUCCAS, D. S., LAROCCHA, L. M., CHAVEZ, M. M. N., BERNARDINO, E. A História das Políticas Públicas de Saúde e dos Hospitais de Ensino: Uma Revisão Bibliográfica. **5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa: Investigação Qualitativa na Saúde**. 2016;2;1000-1004.

MALTA, D. C., NETO, O. L. M., SILVA, M. M. A., ROCHA, D., CASTRO, A. M., REIS, A. Ar. C., AKERMAN, M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016;21(6):1683-1694.

MARQUES, R. F.; GUTIERREZ, G. L.; ALMEIDA, M. A. B. Participação social em políticas públicas de esporte e lazer no Brasil: o exemplo das Conferências Nacionais do Esporte. IN: ROBERTO, G. L. G., organizadores. **Políticas públicas, qualidade de vida e atividade física, 2011. p. 67-89.**

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, 2005;3(2):371-396.

MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. In: MATTA, G. C. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. / Organizado por Gustavo Corrêa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, p. 61 - 80. 2007

MATTA, G. C., MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 9 fev. 2017.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e Ofertando Ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2000.

MENDES, A. D., AZEVÊDO, P. H. Políticas públicas de esporte e lazer & políticas públicas educacionais: promoção da Educação Física dentro e fora da escola ou dois pesos e duas medidas? **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**,

2010;32(1):127-142.

MILANI, L., GERMANI, A. R. M. Sala De Espera: Um Cenário Para A Promoção De Saúde. **Revista de Enfermagem**, 2012;8,(8):114-112.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. 3ed. v. 7. Brasília - DF. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS; 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília; 2010.

OLIVEIRA Inajara Carla; ROCHA, Renata Mancopes; CUTULO, Luiz Roberto Agea. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira Educação Médica**. 2012;36(4):574-580.

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

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PASQUIM, H. M. A Saúde Coletiva nos Cursos de em Graduação Educação Física. **Saúde e Sociedade**, 2010;19(1):193-200.

RODRIGUES, J. D.; FERREIRA, D.; SILVA, P.; CAMINHA, I. FARIAS JUNIOR, J. C. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, 2013;18(1):5-

RODRIGUEZ, M. R. Análise histórica da trajetória profissional do fisioterapeuta até sua inserção nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). **Com. Ciências Saúde**, 2010;21(3):261-266.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2007;20(2):1-19.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa**. Campinas: Saberes Editora, 2012.

SANTOS, M. G. Políticas públicas: contribuições para o debate. In: KANAANE, Roberto; FILHO, Alécio Fiel; FERREIRA, Maria das Graças (orgs.). **Gestão Pública: planejamento, processos, sistemas de informações e pessoas**. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTOS, S. F. S., BENEDETTI, T. R. B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, 2012;17(3):188-194.

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**, 2012;30(4):411-418.

SHEPARD, R. **Physical activity, fitness and health: the current consensus**. *Quest*. 1995;47(1):228-303.

SILVA, A. F. A. C.; BARROS, C. L. M. O profissional de educação física e a promoção da saúde: enfoque dos programas de saúde da família. **Lecturas Educación Física y Deportes**. Buenos Aires, 2010;15(145):1-10.

SIQUEIRA, F. V., FACHINNI, L. A., PICCINI, R. X., TOMASI, E., THUMÉ, E., SILVEIRA, D. S. **Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil**. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008;24(1):39-54.

SOUSA, R. C. BATISTA, F. E. B. **Política pública de saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde - SUS**. VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. Palmas - TO, 2012.

SOUZA, R. R. **Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília. Editora MS. mar. 2003.

SOUZA, S. C., 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 e Saúde**, 2011;16(1):5-10.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferência Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. jun. 2011.