



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ÉERICA PRISCILA DA SILVA SANTANA

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA – NASFs E ATENÇÃO BÁSICA**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E CIÊNCIAS DO ESPORTE

ÉERICA PRISCILA DA SILVA SANTANA

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA – NASFs E ATENÇÃO BÁSICA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Emilia Chagas Costa

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2018

Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB-4/2018

S231a Santana, Érica Priscila da Silva.

Atuação do profissional de educação física nos núcleos ampliados de saúde da família - NASFs e atenção básica / Érica Priscila da Silva Santana. - Vitória de Santo Antão, 2018.

34 folhas.

Orientadora: Emilia Chagas Costa.

TCC (Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Educação Física, 2018.

Inclui referências.

1. Atenção Primária à Saúde - Profissionais de Educação Física. 2. Profissional de educação física - atuação profissional. I. Costa, Emilia Chagas (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed)

BIBCAV/UFPE-085/2018

ÉRICA PRISCILA DA SILVA SANTANA

**ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS
AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA – NASFs E ATENÇÃO BÁSICA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Aprovado em: 06 / 07 /2018.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dra. Emilia Chagas Costa (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Caio Dantas Ribeiro (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Ewerton Thiago Pereira de Lima (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco/FIOCRUZ

Dedico este trabalho à Deus e a minha mãe Telma Patricia e ao meu pai Elenildo Francisco . E à todos que torceram para a realização de mais uma conquista.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a Deus por nunca ter desistido de mim, foi através da tua força e do teu poder que eu consegui esta recompensa tão importante para mim.

A meus pais Elenildo Francisco e Telma Patricia por todo amor, incentivo e apoio incondicional.

Obrigada aos meus amigos por todo companheirismo, solidariedade e carinho que recebi ao longo desses longos anos, amigos esses que deixarão saudade e em contrapartida levarei comigo para sempre, Rayanny Rafaella, Sebastião Sousa, Rayane Tavares, Clara Mayra, Givanilson Miguel, Vandiel Leonam, Rhaynne Felix, João Lyniker, Robson Dantas.

Agradecer também a meus amigos de longas datas que mesmo distantes se fizeram presentes durante toda essa longa jornada, obrigada Mirnna Arruda, Alana de Moraes, Linniker Gomes, Victor Arruda, Ana Luiza e Maria Claudia, sem o apoio de vocês seria bem mais difícil.

Mirnna Arrura, Sebastião Souza e Rayanny Rafaella sou imensamente grata a Deus por te colocado vocês na minha vida, obrigada por todo amor, respeito, companheirismo e atenção. Eu amo vocês. Que a gente nunca se perca.

A minha orientadora Prof^a Emilia Costa, por todo suporte no processo de construção, em suas correções e incentivos, não foi fácil, mas conseguimos!

A Universidade Federal de Pernambuco e todos professores por me proporcionarem conhecimentos não apenas racionais, e também a manifestação de caráter e afetividade da Educação no processo de Formação Profissional.

“O SUS nos tornará mais humanos”

(Ligia Bahia)

RESUMO

O Programa de Saúde da família, criado na década de 90, foi uma das principais estratégias adotadas pelo Brasil para reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais em todos os níveis de assistência, que passou a ser chamado de estratégia de Saúde da Família, diante da limitação do formato de programa. A partir do sucesso desta estratégia, ampliam-se suas ações com a criação dos Núcleos Ampliados de Saúde das Famílias que tem conta com uma equipe multiprofissional, que conta com diversas especialidades incluindo o profissional de educação física. Analisar as características da atuação dos profissionais de educação física inseridos no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Trata-se de um estudo de revisão da literatura que será realizado a partir de buscas em base de dados, busca manual em periódicos brasileiros não indexados e a busca específica por autores. A busca foi conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, Medline/PubMed, e SciELO, durante o período de outubro de 2017 a abril de 2018. Tendo como critérios de inclusão artigos publicados entre o ano de 2000 a 2018. O critério de exclusão foram artigos publicados antes do ano 2000 e que não descrevam a realidade brasileira. A inserção do profissional na atenção básica está garantido pelas políticas de promoção da saúde e de atenção básica, no entanto atividades propostas pelas políticas ainda diferem aquelas observadas na prática que tem influências na formação universitária pautado no modelo curativo, este um dos maiores desafios da atuação do PEF. A inserção do PEF no NASF possibilitou tratamento da população, contribuindo para a mudanças de estilo de vida e do perfil epidemiológico. Conclui-se que a inserção do Profissional de Educação Física, na equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, é de fundamental importância para a população e, mas também é a legitimação do reconhecimento da educação física enquanto profissão da saúde, e da atividade física enquanto pauta da Saúde Pública.

Palavras chaves: Profissionais de Educação Física. Núcleo de Ampliado de Saúde da Família. Estratégia Saúde da família.

ABSTRACT

The family health program, created in the 1990s, was one of the main strategies adopted by Brazil for the reorganization of services and reorientation of professionals at all levels of care, which became known as the family health strategy, Para. the front of the program format. As a result of the success of this strategy, actions are expanded with the creation of Expanded Health Units of families with a multiprofessional team, which has the most diverse specialties of the physical education professional. To analyze the leadership characteristics of physical education professionals included in the Family Health Support Unit. This is a literature review that is performed in database searches, manual search in non-indexed Brazilian periodicals and a search by authors. The search will be conducted in the Virtual Health Library, Lilacs, Medline / PubMed, and SciELO, during the period from October 2017 to April 2018. Its publication access criterion is 2000 to 2018. year 2000 2000 and that do not describe the Brazilian reality. The insertion of the professional in the strategy is guaranteed by the health promotion policies and the basic attention, as the teaching strategies still offer the practiced practices that influence the university formation in the curative model, and the challenges of the action. make PEF. The insertion of PEF into the NASF enabled the treatment of the population, contributing to changes in lifestyle and epidemiological profile. We conclude the insertion of the Physical Education professional in the Expanded Family Health Center, it is of fundamental importance for the population and also, it is a legitimation of the recognition of physical education, while health and physical activity as a Public Health agenda.

Key words: Physical Education Professionals. Expanded Family Health Center. Family Health Strategy

LISTA DE ABREVIACÕES

EF	Educação Física
DCNTS	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
CAP	Caixas de Aposentados e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralização de Saúde
PNPS	Política Nacional da Promoção da Saúde
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CREF	Conselho Regional de Educação Física
ESF	Estratégia de Saúde da família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PSF	Profissional de Educação Física
PSF	Programa Saúde da Família
APS	Atenção Primária à Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
NASF	Núcleo Ampliado a Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo Geral:	22
3.2 Objetivos Específicos:	22
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	24
6 CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 a saúde era definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença (OMS,1948). No Brasil, a década de 80 proporcionou reflexões ampliadas sobre o conceito de saúde, onde define-se como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde,e de como as ações de saúde eram concebidas com o movimento da Reforma Sanitária (BRASIL, 1986).

Estas discussões foram incorporadas na constituição de 1988, avançando a partir da garantia a saúde como um direito social. A criação e regulamentação Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das leis 8.080/1990 e 8.142/1990 com a reorientação das ações de saúde a partir do atendimento universal, integral e equânime (BRASIL,1990a).

Em 94 o Programa Saúde da Família (PSF) foi proposto pelo governo federal com o objetivo de programar a atenção básica, ajudando na consolidação do SUS. Deste modo o PSF foi uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no nível de assistência, na promoção da saúde, na prevenção de doenças e reabilitação (BRASIL, 1994).

Diante da limitação do formato do programa, ele passa a ser uma Estratégia de Saúde da família (ESF), a partir do sucesso desta estratégia, ampliam-se suas ações com a criação dos Núcleos de Ampliados de Saúde das Famílias que tem conta com uma equipe multiprofissional, que conta com diversas especialidades incluindo o profissional de educação física (COQUEIRO; NERY; CRUZ, 2006).

Nos cursos de educação física (EF) foram incorporados na área de saúde, como resposta às mudanças no perfil de morbi-mortalidade evidenciadas pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTS), onde o sedentarismo aparece como um dos quatro principais fatores de risco. Em 2004, a Organização mundial de saúde, publica a “Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física”

reconhecendo a prática da educação física como instrumento de promoção de saúde (OMS, 2004).

Dois anos após a publicação da estratégia global, o Brasil lança a Política Nacional de Promoção da Saúde, em que inclui a prática corporal/atividade física entre as ações na rede básica e na comunidade, fundamentando a inserção do profissional de Educação Física (PEF) na atenção básica, garantindo sua participação com sua incorporação ao núcleo de apoio ao saúde da família (NASF) em 2008 (BRASIL, 2008).

A Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) somam-se como documentos que consolidam a importância do PEF no SUS bem como enfatizam a importância da prática da atividade física para o desenvolvimento humano visando à promoção de saúde no âmbito da atenção básica (FLORINDO, 2009).

Estes documentos vêm contribuindo no processo de inserção do PEF na atenção básica à saúde, especialmente no NASF, na Academia da Saúde, no Programa Saúde na escola visando à promoção, proteção e reabilitação da saúde. No entanto, muitos são os desafios na formação do discente em EF, uma vez que a grande maioria tem a vivência pautada em um modelo curativo, pouco integrado à equipe multiprofissional e as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

Como parte da equipe multiprofissional o PEF deve contribuir para melhoria do estado de saúde, proporcionando a prática de vida saudável e a melhor qualidade de vida atuando segundo os princípios do SUS, atendendo as necessidades da população (OLIVEIRA et al., 2011). Diante disso o objetivo deste trabalho é analisar as características da atuação dos profissionais de educação física inseridos no NASF.

2 REVISÃO DE LITERATURA

HISTORIA DAS POLITICAS DE SAÚDE NO BRASIL E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SUS

Antes do sus

O Sistema Único de Saúde é resultado de uma luta de anos, que ficou conhecida pela Reforma Sanitária, que tratava de reivindicações pela melhoria a saúde, nessa época o Brasil passava por um período de ditadura militar, onde brasileiros que não possuísse vínculo com a Previdência social não tinha direito a saúde pública. (FIOCRUZ, 2018).

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país entre o ano de 1917 e 1919, onde os movimentos operários começaram a conquistar direitos sociais. Em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso 7º Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) (POLIGNANO, 2001).

A política de proteção ao trabalhador teve início no governo Vargas e foi marca de uma trajetória de expansão e consolidação de direitos sociais, tendo algumas políticas impostas: a aquisição obrigatória da carteira profissional para trabalhadores urbanos, a definição da jornada de trabalho de oito horas, o direito a férias e a lei do salário mínimo. Nesta fase foi criado os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que ampliou o papel das CAPs constituindo o primeiro esboço do sistema de proteção social brasileiro (BAPTISTA, 2007, p. 37-38).

Os IAPs passaram a incluir em um mesmo instituto toda uma categoria profissional e não apenas empresas, desta forma o estado passou a participar da administração, controle e financiamento, a partir daí, deu-se início a criação do sistema público de Previdência Social (FIGUEIREDO et al., 2010).

Durante o golpe de 64 os militares assumiram o governo do país, neste período foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) garantindo a todos os trabalhadores urbanos e seus dependentes os benefícios da previdência

social, utilizando o sistema instituído pelos empregadores públicos através das caixas de assistência à saúde. Diante disso, o governo militar estabeleceu contratos e convênios com os hospitais, pagando pelos serviços prestados aos usuários do INPS melhorando a qualidade de vida entre os brasileiros, atingindo a minoria dos setores privilegiados da população. (CARMO; AZEREDO, 2015).

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes, não tendo o caráter universal. O INAMPS aplicava nos estados recursos para a assistência à saúde de modo proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existentes. Quanto mais desenvolvida a economia do estado, maior a presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Nessa época, os brasileiros, com relação à assistência à saúde, estavam divididos em três categorias os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e os que não tinham nenhum direito (BRASIL, 2002).

Durante período do autoritarismo, inicia-se o movimento da Reforma Sanitária com o intuito de construir um conjunto de ideias relacionadas às mudanças e transformações necessárias para a área da saúde, que não envolviam apenas o sistema, mas sim todo setor da saúde, buscando melhor condições de vida para a população (PAIVA, 2014).

O movimento de reforma sanitária teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, e foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta a sociedade que resultou na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), um convênio entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e os governos estaduais. Tendo como proposta a universalidade do direito à saúde, legitimando a Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1986).

A 8ª Conferência teve sua Comissão Organizadora e foi presidida por Sergio Arouca, sanitarista e um dos principais líderes do Movimento da Reforma Sanitária, que teve como eixos temáticos: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal de 1988 do artigo 196 ao 200 está voltada a saúde, garantindo “a saúde como direito de todos e dever do estado e assegurando através das políticas sociais e econômicas as reduções de riscos de doenças e agravos e ações igualitárias para serviços de promoção, proteção e recuperação”. Além disso, legitima o Sistema Único de Saúde (SUS) descrevendo suas atribuições e competências (BRASIL, 1988).

Sistema Único de Saúde (SUS) e Marcos Legais

A partir da criação do SUS com a constituição foram algumas leis para garantir a regulação do sistema. A Lei orgânica da saúde, 8.080 de 1990, trata que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. A lei trata que para ter saúde é preciso de alguns fatores determinantes como: alimentação, moradia, trabalho, educação, saneamento básico, atividade física, lazer e entre outros serviços, assim favorecendo ao bem-estar físico, social e mental de toda população (BRASIL, 1990a).

A lei complementar da saúde 8.142 de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e financiamento do SUS, foi resultado de uma luta democrática da participação popular pelos serviços de saúde, representando uma vitória significativa do controle social no SUS, uma vez que esses elementos já estavam dispostos da lei 8.080/90, mas foram vetados pelo presidente Fernando Collor de Melo. A partir de um marco legal, criando os conselhos e as conferências de saúde deliberações permanentes em defesa do SUS (BRASIL, 1990).

Dentro das descrições da Lei 8.080/90 foram desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios: a universalidade, a equidade, a integralidade, a descentralização e a participação social. (BRASIL, 1990a).

A universalidade determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. A integralidade está presente tanto nas discussões quanto nas práticas na área da

saúde e está relacionada à condição integral, e não parcial, de compreensão do ser humano. Equidade tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça e no âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. A participação social esta relacionada a inserção da população brasileira na formulação de políticas públicas em defesa do direito à saúde. A descentralização é a gestão das políticas da saúde no país feita de forma integrada entre a União, estados e uns princípios. (FIOCRUZ, 2018).

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde foi um resultado amplo e participativo processo de discussão, que resultou com a assinatura da Portaria nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996. Decorrente da experiência pela prática dos instrumentos operacional anteriores, foi possibilitado o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância da saúde de para todos os brasileiros. Tendo como alvo incluir as orientações operacionais e permitiu a prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do sistema, consolidado na Constituição Federal e Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, favorecendo no modelo de atenção à saúde no Brasil (BRASIL, 1996).

Em 2001, foi criado as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), sendo um importante passo no processo de implantação do SUS, com a necessidade de definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, integrar os sistemas municipais e criar critérios para destinar recursos, levar gestores e profissionais a iniciarem uma discussão sobre as estratégias que poderiam dar conta dessas questões, buscando garantir a equidade no acesso às ações e serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade. A NOAS aponta três estratégias prioritárias, que de forma articulada visam contribuir para a organização dos sistemas de saúde: Definir o processo para regionalização da assistência, atualizar os critérios de habilitação dos municípios e ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica (BRASIL, 2001).

Em 2006, buscando novos métodos que auxiliem na superação para as dificuldades enfrentadas pelos gestores do SUS, foi criado o Pacto pela Saúde, que por sua vez é revisado anualmente, tendo como princípios norteadores os que constituem o SUS e as necessidades de saúde da população. Desta forma, acarreta diretamente nas atividades de definição das prioridades articuladas nos

três componentes que o integram: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

A promoção de saúde e atenção básica no Brasil

Alguns documentos foram determinantes na inserção do Profissional de educação física (PEF) no SUS. A Política de Promoção da Saúde (PNPS) foi o primeiro deles aprovada em 2006, e na sua institucionalização varias mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) e no cenário das políticas sociais foram propostas.

Destacaram as agendas sociais coordenadas pela Casa Civil da Presidência, a Conferência das Nações Unidas Sobre o Desenvolvimento Sustentável, a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, a 8ª conferência Internacional de Promoção a Saúde, com o tema Saúde em todas as Políticas, Plano Brasil sem Miséria, Plano da Década de Segurança Viária de 2011 a 2020, e o Fórum Econômico Mundial, com a discussão sobre desafios de como enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2010).

A Política de promoção da saúde (PNPS) objetivou o trabalhar em conjunto com os princípios da equidade, integralidade e universalidade. Para melhorar e ampliar o atendimento da Estratégia da Saúde da Família foram criados os Núcleos de Ampliados de Saúde das Famílias pela portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Tendo amparo legal segundo a Resolução nº 287/97 reconhecido a educação física como uma profissão da área de saúde e assegurado à inserção do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde, atento aos fatores determinantes de saúde e principalmente aos altos índices de sedentarismo no Brasil, incluiu a atividade física no SUS, como fator primordial para melhorar a qualidade de vida da população. Iniciou assim uma série de ações para promoção da saúde e prevenção de doenças através do exercício físico, e incorporou os profissionais de educação física no quadro de profissionais da saúde. Desde então, o Ministério da Saúde salientou a importância da prática de atividade física, principalmente com a divulgação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010).

Para atender a nova forma do modelo de atenção de Vigilância em Saúde, o SUS articulou suas ações com a Política da Atenção Básica (PNAB) que acolhe a promoção e a proteção da saúde com a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Resultando no acúmulo de experiência por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo (BRASIL, 2017).

A atenção básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela prioriza o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

A estruturação da atenção básica no Brasil se iniciou com a portaria GM/MS nº 648, em 2006, em que foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. A atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de devolvida através de um trabalho em equipe, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral no âmbito da saúde das coletividades (BRASIL, 2006b).

O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1994, como resposta internacional a conjuntura, dando mais importância à atenção básica. Com objetivo de analisar as estratégias setoriais, o resgate dos valores profissionais, a reorientação do modelo assistencial do Brasil e a melhora dos indicadores de saúde (SOUSA; HAMANN, 2009).

Em 2006, por meio da portaria nº 648, de 28 de Março de 2006 o PSF deixou de ser um programa e se tornou Estratégia Saúde da Família. Tendo como ideia transformar o programa em uma estratégia de caráter permanente e contínua uma vez que programa possui tempo determinado (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

O Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) criado por meio da portaria GM/MS nº 154, publicada em 04 de março de 2008 teve como objetivo ampliar a abrangência das ações da atenção básica, onde surgiu uma proposta para prestar assistência as demandas populacionais não alcançadas pelas equipes que compõem a Estratégia de Saúde da Família, com isso em 2008 o ministério da Saúde criou o NASF 1 e 2 para apoiar a inclusão da Estratégia de Saúde da Família nas redes de serviços e também nos processos de territorialização e regionalização a partir da Atenção básica (ANJOS, 2008).

O NASF foi dividido inicialmente em duas modalidades, no entanto em 2010 cria-se uma terceira modalidade: o NASF 3. O NASF 1 foi desenvolvido para atender os municípios com contingente populacional acima de 20mil habitantes. Cerca de 80% dos municípios brasileiros necessitam de mais acompanhamento de saúde quando comparado aos mais populosos, visando uma maior cobertura, o Governo Federal criou o NASF 2 com a proposta de acolher municípios com demografia de até 10 mil habitantes e deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2009).

Após dois anos o Governo Federal instituiu a modalidade NASF 3 que foi criada a partir da Portaria GM/MS nº 2.843, no dia 20 de setembro de 2010, que tem como prioridades a atenção integral em saúde e a saúde mental, dando ênfase a usuários de crack, álcool e outras drogas, em municípios com população inferior a 20.000 habitantes (BRASIL, 2012).

O profissional de educação física na saúde e na atenção básica

O conceito da saúde era entendido como ausência de doença e difundido no senso comum, mas com o passar dos anos a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades, ou seja, saúde ultrapassa a ausência de doenças e afecções, podendo ser definida como o nível de eficácia funcional e metabólica de um organismo a nível social e celular (OLIVEIRA et al., 2011).

Segundo Scliar o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007).

A 8ª conferência nacional da saúde formulou o conceito ampliado de saúde em 1986, que constituía em saúde seria acesso a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde como condições necessárias para se garantir a saúde. Em 24 de setembro de 2013 foi reformulado o novo conceito pelos participantes da conferência e passa a ter um sentido mais amplo tem um sentido mais amplo, tendo saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (SANTOS; SANTOS, 2017).

A lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, sob a atuação do sistema CONFEF/CREFs, insere o profissional de educação física na área da saúde, e ainda ressalta o exercício físico como componente essencial para vida saudável e sua importância. O Ministério da Saúde, atento aos fatores determinantes de saúde e principalmente aos altos índices de sedentarismo no Brasil, incluiu a atividade física no Sistema Único de Saúde (SUS), para melhorar a qualidade de vida da população. A partir disso iniciou ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio do exercício físico, e incorporou os Profissionais de educação física no quadro de profissionais da Saúde (BRASIL, 1998).

Em 2008, foi aprovada a portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, onde o profissional de Educação Física passa a trabalhar diretamente no SUS, na Atenção Básica, mais especificamente nas Unidades com Estratégia de Saúde da Família, onde desenvolvem um trabalho multidisciplinar, em parceria com outras categorias profissionais (BRASIL, 2017).

A inserção do PEF na atenção básica contribuiu não só no aspecto profissional trabalhando o aspecto da interdisciplinaridade, mas também essa inserção tem reflexos importantes na qualidade de vida da população. Segundo

Loch et al. (2011), a inserção do PEF na Atenção Básica contribuiu para a profissão e para o serviço, possibilitando a interação dos profissionais e um incentivo de vida ativa na população. No estudo de Pedrosa e Leal (2012) a categoria tradicional da Saúde da Família pontua a inserção do PEF no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) foi uma oportunidade de uma maior interdisciplinaridade na promoção da saúde e redução da demanda dos usuários aos serviços do SUS de maior complexidade.

É preciso também que esse profissional venha contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários de forma individual e coletiva, o que pressupõe a condição de transcender o espaço epistemológico, incorporando os valores e atitudes humanas, sobretudo tendo como referencial uma abordagem interdisciplinar (FAZENDA, 2002).

Os principais desafios para os profissionais do NASF e da ESF é o trabalho em equipe, de forma geral é que grande parte dos profissionais de não tem formação suficiente na graduação para esse tipo de atividade. Pois a grade curricular é mais voltada para atuar na de assessoria, planejamento, execução e avaliação de programas de educação física nos campos do esporte, lazer e de atividades físicas voltadas para diferentes grupos sociais (ANJOS, 2013).

A análise do currículo dos cursos de bacharelado em Educação Física consta que ainda é deficiente a formação para atuação em saúde pública. Apontam que as disciplinas que mais se aproximam são de caráter curativo e de prescrição, havendo pouca aproximação com a formação para o trabalho em uma abordagem coletiva. Essa realidade, também observada no presente estudo, merece especial atenção tendo em vista que a preocupação de formar profissionais aptos para intervir nesse setor é uma realidade e apresentada inclusive nas diretrizes do Ministério da Educação (ANJOS; DUARTE, 2009).

Vale ressaltar que as dificuldades na realização das atividades consistem em falta de espaços adequados para a execução, o que reforça a ideia de que devem ser múltiplas as estratégias para diminuição da prevalência de sedentarismo, inclusive com mudanças no ambiente. Vale destacar que a criação do NASF é uma tentativa de possibilitar um direcionamento mais amplo das ações de saúde pública, pois como documentado na própria resolução: as ações de Atividade Física/ Práticas

Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis (SOUZA; LOCH, 2011).

Portanto, diante o fim do período turbulento da ditadura militar e o Movimento da Reforma Sanitária, os brasileiros passaram a ter direta a saúde criando um vínculo com a Previdência Social. Logo após com o trabalho de anos foi conquistado o direito trabalhista com a aprovação no congresso da 7ª Nacional Lei Eloi Chaves, onde a partir daí foram criados os CAPS, IAPS, INPS, INAPS com objetivo de melhorar a qualidade de vida da classe trabalhadora e da população.

Com isso, a criação da constituição de 1988 com ênfase no capítulo da saúde que garante saúde como um direito de todos e dever estado proporcionando reduções de riscos de doenças e agravos e ações igualitárias para serviços de promoção, proteção e recuperação. Assim sucessivamente foram criadas as leis 8.080/90, 8.142/90 e NOB, NOAS com intuito de melhor qualidade de vida para população.

Tendo em vista todos os avanços já citados, documentos como Estratégia Global em Alimentação Saudável, Política Nacional de Promoção a Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica, foram decisivos para a criação do NASF, com principal objetivo de ampliar as ações da Estratégia de Saúde da família contando com uma equipe multiprofissional, que incluindo o profissional de educação física na agenda da atenção básica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar as características da atuação dos profissionais de educação física inseridos no NASF.

3.2 Objetivos Específicos:

- Verificar a inserção do profissional de educação física na atenção básica.
- Analisar as atividades desenvolvidas pelos profissionais de educação física.
- Analisar as potencialidades e fragilidades na adesão do profissional de educação física.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão da literatura que foi realizado a partir de buscas em base de dados, busca manual em periódicos brasileiros não indexados e a busca específica por autores.

A busca eletrônica foi conduzida na Biblioteca Virtual em Saúde, Lilacs, Medline/PubMed, Ovid, Science Direct, BioMed Central, Hight Wire e SciELO, durante o período de outubro de 2017 a abril de 2018. Os descritores empregados para busca foi: saúde pública, sistema único de saúde, programa saúde da família e atividade física. Tendo como critérios de inclusão artigos publicados entre o ano de 2000 a 2018. O critério de exclusão foi artigos publicados antes do ano 2000 e que não descrevem a realidade brasileira. Foi realizada uma análise preliminar com base nos títulos e nos resumos dos artigos que preencherem os critérios de inclusão.

Após a primeira seleção, foram realizadas pesquisas pelo primeiro nome do autor dos artigos selecionados, a fim de localizar outras publicações. Alguns periódicos não indexados serão examinados também examinados.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

As características da atuação dos profissionais de educação física inseridos no NASF estão compreendidas na sua inserção, atividades desenvolvidas e avanços e desafios neste processo de trabalho. No que se refere a inserção do Profissional de Educação Física (PEF) na Atenção Básica representa a necessidade de mudanças na formação, o progresso para a profissão e a contribuição aos serviços de saúde, além disso os novos desafios são postos em prática uma vez que o PEF pode coordenar e implantar programas com objetivo de incentivar a prática de atividade física para grupos populacionais específicos (COQUEIRO et al., 2007).

A entrada do PEF na atenção básica tem contribuindo não só no aspecto profissional trabalhando o aspecto da interdisciplinaridade, mas também essa inserção tem reflexos importantes na qualidade de vida da população. Segundo Loch et al. (2011), a inserção do PEF na Atenção Básica contribuiu para a profissão e para o serviço, possibilitando a interação dos profissionais e um incentivo de vida ativa na população. No estudo de Pedrosa e Leal (2012) a categoria tradicional da Saúde da Família pontua a inserção do PEF no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) foi uma oportunidade de uma maior interdisciplinaridade na promoção da saúde e redução da demanda dos usuários aos serviços do SUS de maior complexidade.

Alguns documentos ajudaram nesta incorporação do PEF na atenção básica no Brasil. O primeiro deles foi o lançamento da a Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2003, com ênfase no combate das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), que impulsionou mudanças importantes no Ministério da Saúde brasileiro que passou a reconhecer a Atividade Física como fator de proteção, tornando-se uma das principais atividades de Promoção da Saúde (CRUZ, 2010).

Outro documento importante foi Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que desde do ano da sua primeira publicação em 2006, incluiu a prática corporal e a atividade física nas ações na rede básica de saúde e na comunidade,

fundamentando a inserção do profissional da educação física no Serviço de Atenção Básica (BRASIL, 2009).

As atribuições desenvolvidas pelos profissionais de educação física do Núcleo Ampliado a Saúde da Família (NASF) e tem o apoio das diretrizes do Ministério da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS). Algumas atribuições específicas são trabalhadas nestes documentos como a atividade física e praticas corporais. A atividade física se define como um movimento corporal que produz gasto de energia acima dos níveis de repouso, já as Pratica Corporais são expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático ou não sistemático (BRASIL, 2012b).

O principal foco da intervenção do PEF na atenção básica se direciona em praticas com ênfase na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, mostrando a coerência da atuação profissional sobre os determinantes sociais da saúde, seja no âmbito individual ou territorial, além de dialogar com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012). Ainda é possível observar o PEF envolvido com a gestão, políticas de saúde, diagnóstico, planejamento intervenção na área de práticas corporais e atividades físicas (FERREIRA et al.,2016).

O trabalho do NASF requer um nível de integração bastante fortalecido, pela necessidade imposta através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de revisar a prática do encaminhamento do usuário ao sistema, ampliando-a a para um processo de compartilhamento de casos entre os membros da equipe que atuam na atenção básica. (RIBEIRO, 2013).

Um dos maiores desafios para o trabalho do PEF na atenção básica é a atuação interdisciplinar, pois exige o esforço para contribuir com a

integralidade do cuidado aos usuários do SUS a partir da discussão de casos, 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 e etc (BRASIL, 2011, p. 38).

A interdisciplinaridade contempla ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas, de profissionais de diferentes procedências quanto à área básica do conhecimento. Implica na tomada de decisão acerca das condutas profissionais, levando em conta os aspectos relativos às diversas disciplinas, além das diversas dimensões da vida humana, de seu estudo e da intervenção profissional (GORSKI; PEREIRA, 2013).

Sob o ponto de vista de Campos e Domitti (2007), para alcançar o êxito em trabalhos interdisciplinares é necessário um objetivo comum entre a equipe e a constante disponibilidade ao diálogo e a troca de saberes. Mendes et al (2008) reforça que a interdisciplinaridade como “a interação dinâmica entre os saberes” e como ponto auxiliar do processo de trabalho e a efetividade do cuidado, na medida em que diferentes conceitos e perspectivas podem interagir e se reconstruírem.

O Profissional de Educação Física pode desenvolver diversas atividades na atenção básica (AB) que não estão relacionadas diretamente com sua área de atuação, podendo realizar orientações, incentivos, instruções, processo de aprendizagem, monitoramento e avaliações de desenvolvimentos junto com profissionais de outras áreas, como a fisioterapia, nutrição, psicologia, farmácia, fonoaudiologia entre outros. (FERREIRA; CIPOLOTTI, 2013).

De maneira geral, a organização do trabalho do NASF se centraliza nas ações de matriciamento, a partir de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo que é resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar junto às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e nas ações de território que compreendem atividades de promoção da saúde, educação permanente, ações intersetoriais e de projetos de território. Além de atividades voltadas para organização dos trabalhos do NASF garantindo articulações, planejamentos, avaliações e reuniões (MARTINES; SILVA; SILVA, 2013).

Uma estratégia muito utilizada no âmbito da atenção básica são palestras de educação em saúde que visam conscientizar a população sobre a importância da prática de atividade física (SOUZA; LOCH, 2011). Segundo Pinho, (2011) esse tipo de prática se fundamenta no uso de palestras de educação em saúde com objetivo de conscientizar à população sobre a prática de atividade física em mudanças de consciência com ênfase individual e comportamental, onde a atividade física se

apresenta reduzida a sua finalidade e ao estilo de vida escolhido pelo indivíduo.

O NASF propõe estratégias voltadas à promoção e prevenção da saúde, sendo a prática de atividade física uma das ações importantes nesse processo e, com isso, o PEF tem o seu papel a desempenhar nesse âmbito (SOUSA; LOCH, 2011). Segundo Carvalho et. al. (2010), o papel do Profissional de Educação Física na equipe multidisciplinar no Núcleo Ampliado de Saúde da Família é planejar, coordenar, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e entre outras funções. Entretanto, questiona-se o conhecimento que o PEF tem sobre o NASF e qual a amplitude da inserção desse profissional nestas equipes (FERREIRA; CIPOLOTTI, 2013).

Estes questionamentos podem ser melhor compreendidos a partir da análise das bases curriculares na formação do profissional. Sob o ponto de vista de Anjos e Duarte (2009) o currículo de bacharelado em Educação Física apresenta uma deficiência na formação quando se trata de saúde pública, as disciplinas são voltadas para caráter curativo e de prescrição, fugindo de uma aproximação com a formação mais ampla e integral que dialoguem como o modelo de atenção de vigilância em saúde e com o Sistema Único de Saúde.

Questões estas que estão previstas nas Diretrizes Curriculares que preveem que o egresso do curso seja responsável pela “prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde”. Afirmção que se repete várias vezes no documento, mas que surge aparentemente apenas como reserva de mercado, tentando-se garantir, assim, um espaço no SUS. De modo que essa reserva não impõe nenhuma alteração na intervenção ou na formação profissional (PASQUIM, 2010).

Estudos de Ceccim e Bilibio (2002) afirmam que o SUS e a Saúde Coletiva ocupam poucos lugares nas grades curriculares. A demanda crescente por profissionais aptos ao trabalhar no SUS não efetivou uma formação interdisciplinar e voltada às necessidades de saúde. Além disso Carvalho e Ceccim (2006) apontam como um dos motivos para a fragilidade da formação em saúde, o privilégio corporativo das especialidades, e o controle burocrático das instituições de ensino. Aprisiona-se o conhecimento historicamente produzido em grades justificadas por reservas de mercado e atos privativos.

De acordo com a análise de Almeida (2005) a Educação Física tem uma grande trajetória a ser construída na atenção básica à saúde, no que diz respeito à inclusão profissional, como também à melhor formação. Mesmo com algumas mudanças recentes ocorridas nos cursos de graduação de bacharelado em Educação Física, a presença de currículos generalistas superficiais, na maioria das vezes não oferece uma base sólida para a intervenção profissional, pois ao mesmo tempo em que se objetivava formar o professor para atuar no contexto escolar, também se buscava a formação de profissionais para intervir fora deste ambiente (FÁVARO; NASCIMENTO; SORIANO, 2006).

No entanto uma das maneiras que os profissionais de saúde incluindo o PEF vem corrigindo a fragilidade nas suas formações ainda muito pautados no modelo curativo é a partir do trabalho na atenção básica. Alguns autores entendem que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o núcleo ampliado de saúde da família (NASF), vem fugindo do modelo curativo, que é orientado para a cura de doenças por meio de tratamento individualizado, uma vez que a ESF e o NASF propõe a reorganização deste modelo, visando à integralidade que prepara os profissionais para ouvir o usuário, entendê-lo e o inserir em seu contexto social. (ARCHANJO et. al., 2008; ANDRADE; FERREIRA, 2005).

Refletindo sobre a trajetória do NASF de sua criação até os dias atuais, foi observado que as expectativas da criação foram pautadas no alargamento da oferta de serviços de saúde na Estratégia de Saúde da Família (ESF), tanto em aspectos quantitativos como qualitativos. Segundo Anjos et al. (2013), essa realidade ainda não se concretizou e que se deve déficit de formação dos profissionais de saúde que o compõem, onde esses profissionais possuem uma visão fragmentada em relação ao cuidado, implicando diretamente na qualidade de serviços prestado de caráter individual ou coletivo. Apesar desta inserção do PEF no NASF evidenciar a fragilidade de sua formação para a atenção primária, também representou uma quebra de paradigma, sendo necessária uma mudança na formação deste profissional, de forma que o mesmo tenha condições de desenvolver ações que promovam a proteção à saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

6 CONCLUSÃO

As características da atuação dos profissionais de educação física inseridos no NASF estão representadas na sua inserção do profissional na atenção básica garantidas pelas políticas de promoção da saúde e de atenção básica, no entanto atividades propostas pelas políticas ainda diferem aquelas observadas na prática. A formação deste profissional ainda se dá no modelo curativo, que se configura num dos maiores desafios, mas vale ressaltar dificuldade que não é exclusiva do PEF, mas da grande maioria dos profissionais de saúde. No entanto, um dos maiores avanços com a inserção do PEF no NASF é que o trabalho quando é efetivo possibilita tratamento da população, contribuindo para as mudanças de hábitos de estilo de vida e do perfil epidemiológico se antecipando a ocorrências das doenças. É conquista que vai além da profissão, é a legitimação do reconhecimento da educação física enquanto profissão da saúde, e da atividade física enquanto pauta da Saúde Pública. Assim, é de fundamental importância que o PEF vá além das propostas de um novo estilo de vida, e que atue também em prol da melhoria da qualidade de vida, dada a relevância de suas funções no SUS por meio do NASF.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. B; GUTIERREZ, G. L. O lazer no Brasil: do nacional-desenvolvimentismo à globalização. **Conexões**. São Paulo, v. 3, n.1, p. 36-57, 2005.
- ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. **Revistas Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p.123-130, nov. 2005.
- ANJOS, K. F. *et al.* Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez 2013.
- ANJOS, T. C; DUARTE, A. C. G. O. A educação física e a estratégia saúde da família: formação e atuação profissional. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [4]: 1127-1144, 2009.
- ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. R. **Saúde da família na atenção primária**. Paraná. 2008.
- BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. (Orgs.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, pp. 29-60, (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 3). Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Criacao_laps.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2018.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**: caderno 2. Brasília (DF): Departamento de Atenção Básica, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 janeiro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 43 , Seção 1, fls 38 a 42, 2008.
- BRASIL. **Lei nº 9.696, de 1º de set. de 1998**. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Brasília, DF: Senado, 1998.
- BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, dez 1990.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, dez 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde, **PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização

da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS. Brasília, DF, maio 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. 8º Conferência Mundial de Saúde. In: Anais da 8º Conferência Mundial de Saúde. Brasília: MS, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção a Saúde**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006 Consolidação do SUS**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do Nasc**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: Senado, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N º 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01. **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001**, e regulamentação complementar. Ministério da Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. Brasília: São Paulo, ago 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692 de 25 de março de 1994**. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

CARMO, E. L. C A; AZEREDO, F. A. B. **A Saúde No Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://www.santacruz.br/ojs/index.php/JICEX/article/viewFile/682/838>, Acesso em 25/abr/2018.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.23, n. 2, p.399–407. 2007.

CARVALHO, J. C. S et al. NASF: os professores de Educação Física conhecem? **Revista Digital**, Buenos Aires, v.14, n. 144, fev. 2010.

CARVALHO, Y. M; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 149-180.

CENTRO DE ESTUDOS ESTRATÉGICOS DA FIOCRUZ. **Antes do SUS**: Como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. Rio de Janeiro]: Fiocruz, [201-]. Disponível em: <<http://www.cee.fiocruz.br/?q=antes-do-sus>> Acesso em: 20 abr. 2018.

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, 2002. p. 163-177.

CRUZ, D. K. A. **Da promoção à prevenção: o processo de formulação da política nacional de promoção da saúde no período de 2003 a 2006**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cruz-dka.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

COQUEIRO, R. S. et al. Nível de atividade física e fatores associados em usuários de uma unidade de saúde da família do município de Jequié-BA. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 12, n. 115, 2007.

DALPIAZ, A. K; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLITICAS PÚBLICAS, 5., 2011, São Luiz. **Anais...** São Luiz, 2011.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, Minas Gerais, v. 17, n. 47, p. 885-99, out. - dez., 2013.

FÁVARO, P. E; NASCIMENTO, G. Y; SORIANO, J. B. O conteúdo da intervenção profissional em Educação Física: o ponto de vista de docentes de um curso de formação profissional. **Revista Movimento**. Porto Alegre. v.12:2, p.199-221. 2006.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. 10.ed. Campinas: Papirus; 2002.

FERREIRA, T. B. et. al. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. São Paulo v. 21(3), p.228-236. 2016.

FERREIRA, T. B; CIPOLLOTTI, M. D. A inserção do profissional de educação física nos núcleos de apoio à saúde da família (nasf): visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. São Paulo. v. 21, n. 3, p. 228-236, 2016.

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**, São Paulo. v. 14, n. 1, p.72-73, 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Glossário de acesso aberto. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br>>. Acesso em: 29 jun. 2018.

GORSKI, G. M.; PEREIRA, D. L. Profissional de Educação Física: interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família. **Revista Ciências em Extensão**. Paraná v.9, n.3, p.72-81, 2013.

LOCH, M.R.; FLORINDO, A.A. A Educação Física e as residências multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física Saúde**, Pelotas, v.17, n.1, p.81-2, 2012.

MARTINEZ, J. F. N; SILVA, A. M; SILVA S. M. Contribuições do trabalho do professor de educação física ao nasf em Goiânia/GO. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE., 19., Vitória., 2013. **Anais...** Vitória, 2013.

MENDES, R. M. J; LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.1, p. 24-32, 2008.

MORETTI, A. C. et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

OLIVEIRA, C. S. et al. O profissional de Educação Física e sua atuação na saúde publica. **Revista Digital**, Buenos Aires, n. 153, fev 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>. Acesso em: 12 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. Brasília, 2004.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35. jan/mar. 2014.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. V. 19, p.193-200. 2010.

PEDROSA, O. P.; LEAL, A. F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia de saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Revista do Movimento**, Porto Alegre, v.18, n.2, p.235-53, 2012.

PINHO, C. S. B. **Educação Física e saúde: necessidades e desafios nos currículos de formação profissional**. 2011. 155f. Dissertação (Mestrado em Educação)–Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, Belo Horizonte, v. 35, 2001.

RIBEIRO, H. M. C. B. Políticas de saúde e interdisciplinaridade: reflexões sobre os desafios do trabalho coletivo na Atenção Básica em Saúde. JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS., 6., São Luís., 2013. **Anais...** São Luís: UFMA, 2013.

SANTOS, K.O; SANTOS, E. M. Onde estão os homens? O que os distanciam ou os aproximam dos serviços da atenção primária à saúde? **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 38, n. 1, p. 79-88, jan/jun. 2017.

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. **J Health Sci Ins** São Paulo, v. 30, n. 4, 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, 2011.

SOUZA, S. C; LOCH, M. R. A intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família dos municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 5-10, 2011.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. **Ciência e Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, p.1325-1335, 2009.

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 Professional. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Florianópolis, v.16, n. 1. 2011.