

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**PEDRO HENRIQUE LISITA MENDONÇA**

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

**GOIÂNIA**

**2016**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Nome completo do autor: Pedro Henrique Lisita Mendonça

Título do trabalho: A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa

**3. Informações de acesso ao documento:**

Concorda com a liberação total do documento  SIM       NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a)

Data: 08 / 09 / 2016

**PEDRO HENRIQUE LISITA MENDONÇA**

**A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS: UMA  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

**Linha de Pesquisa:** Promoção e educação em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edsaura Maria Pereira

**Co-orientadora:** Me. Mary Anne de Souza Alves França

**GOIÂNIA**

**2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Mendonça, Pedro Henrique Lisita

A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa [manuscrito] / Pedro Henrique Lisita Mendonça. - 2016. CXII, 112 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira; co-orientadora Mary Anne de Souza Alves França.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2016.

Bibliografia. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Educação Física e Treinamento. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Professor de Educação Física. I. Pereira, Edsaura Maria, orient. II. Título.

CDU 614



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE  
COLETIVA**

Aos 15 dias do mês de agosto de 2016, às 14h, na sala 403 no IPTSP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública/UFG, reuniu-se a Banca Examinadora constituída pelos professores: Dra. Edsaura Maria Pereira (Presidente da Banca e Orientadora), Dra. Marta Roverly de Souza (Membro Interno) e Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista (Membro Externo). Em sessão pública, procederam à avaliação da defesa de dissertação intitulada: “ Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma Revisão Integrativa”, em nível de **Mestrado**, área de concentração Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, de autoria de **Pedro Henrique Lisita Mendonça**. A sessão foi aberta pela orientadora Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira, que fez a apresentação formal dos Membros da Banca e orientou o candidato sobre utilizar o tempo de 30 minutos para sua exposição com 20 minutos para arguição dos componentes da banca e 20 minutos para resposta do mestrando. Terminada a exposição do mestrando e a fase de arguição, a banca se reuniu em ambiente privado para proceder à avaliação da defesa. Em face do resultado obtido, cumprindo todos os requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Goiás a Banca Examinadora considerou o candidato Aprovado (**Aprovada ou Reprovada**). Cumprindo as formalidades de pauta, às 17h30min horas a presidência encerrou esta sessão de Defesa Pública de Dissertação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que, após lida e aprovada segue assinada pelos membros da Banca Examinadora.

**Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira**  
**Presidente e Orientadora / UFG**

**Profa. Dra. Marta Roverly de Souza**  
**Membro Interno**

**Prof. Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista**  
**Membro Externo**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos que caminham ao meu lado e se fazem presentes nos momentos tristes e felizes da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me trouxeram à vida e me permitiram construir esta história.

Às minhas mães Rosana e Angelina, que me criaram e estiveram sempre ao meu lado em todos os momentos de minha vida. Vocês são as minhas heroínas, os meus maiores exemplos.

Aos meus tios Mauro Elias e André Luiz, por me acolherem como filho e me ensinarem o caminho do bem. Eu nunca chegaria até aqui sem o apoio de vocês dois.

À minha irmã Daniella, que mesmo nas maiores adversidades, nunca me abandonou e sempre acreditou no meu potencial. Obrigado minha irmã, você pode sempre contar comigo.

Aos meus irmãos Mauro, Julio e Gabriel, com quem eu compartilhei as maiores e melhores histórias da minha existência. Vocês fazem parte desta conquista.

À minha sobrinha Angelinna, por iluminar as nossas vidas e alimentar os nossos corações com todo o seu amor. Pode não parecer, mas titio ama você!

À minha companheira Ariane, que sempre esteve ao meu lado torcendo pelo meu sucesso e me apoiando incondicionalmente. Meu amor, você é minha melhor amiga e peça essencial em minha vida.

Aos meus amigos, com quem eu posso sempre contar em todos os bons e maus momentos da vida. Sem vocês a vida não seria a mesma.

À professora Dr<sup>a</sup> Marta Roverly de Souza, pois sem a sua confiança a conclusão desta etapa não seria possível.

À querida orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edsaura Maria Pereira, por ter me acolhido e possibilitado a realização deste sonho.

À minha co-orientadora Me. Mary Anne de Souza Alves França, pelos ensinamentos e auxílio na construção deste trabalho.

Enfim, à todas as pessoas que, direta, ou indiretamente, participaram desta jornada e estiveram presentes no caminho trilhado até aqui. Muito obrigado!

## EPÍGRAFE

*“Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência”.*

**Karl Marx**

MENDONÇA, PHL. **A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa** [Dissertação] Goiânia (GO): Mestrado Profissional Convênio Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Secretaria do Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

## RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a inserção da educação física no campo da atenção básica à saúde no Brasil, a partir de artigos científicos publicados no período entre 2005 e 2015. Para tanto, foram reunidos, por meio da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e dos Descritores em Ciências da Saúde, artigos científicos que possuíam relação com a temática da educação física na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). No total, quarenta estudos responderam aos critérios de inclusão e exclusão e compuseram o banco de dados desta dissertação. A análise dos dados foi realizada com base em três categorias, sendo elas: “A educação física na atenção básica”; “O professor de educação física (PEF) na atenção básica”; e “A formação em educação física para a atuação no SUS”. Os achados indicaram que a inserção da educação física na atenção básica está relacionada ao aumento da morbimortalidade da população brasileira em decorrência das doenças crônicas não transmissíveis e às comprovações científicas, quanto aos benefícios da prática regular de atividade física para a saúde. Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde desempenhou papel fundamental nesta inserção, pois, a partir dela, as práticas corporais e atividades físicas se tornaram um dos temas prioritários na organização e condução de políticas públicas de promoção da saúde no Brasil. Quanto à escolha entre ser ou não fisicamente ativo, a renda, o nível educacional, a ocupação profissional, a falta de suporte social, distância de locais adequados para a prática e a falta de aconselhamento profissional, foram apontados como principais fatores que influenciam a escolha das pessoas em praticar atividade física no tempo de lazer. Neste sentido, as pessoas com menor renda e nível educacional, habitantes de regiões mais precárias e distantes de espaços públicos adequados para a prática de atividades físicas, foram apontadas como as mais propensas ao sedentarismo. No que se refere à atuação do PEF na atenção básica, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os programas locais de promoção da saúde e atividade física, como por exemplo as academias da cidade, foram apontados como os principais espaços em que estes profissionais têm desenvolvido suas atividades. Nestes espaços, os estudos indicaram que a formação e condução de classes de exercícios físicos, grupos de ginástica e de caminhada estão entre as principais funções desenvolvidas pelos PEF. Quanto à formação em educação física para a atuação no SUS, os estudos apontaram que existe um distanciamento entre os currículos dos cursos de graduação em educação física e os conteúdos da saúde pública e saúde coletiva. Neste sentido, foi levantado que a carga horária destinada às discussões de temas relacionados à saúde coletiva e ao acúmulo de experiências dos acadêmicos no SUS é insuficiente, ou até mesmo inexistente, na maioria das Instituições de Ensino Superior brasileiras. Desta forma, os PEF que atuam, ou desejam atuar no SUS têm recorrido à pós-graduação e às residências multiprofissionais em saúde, como meio de se qualificar e preencher o vazio deixado pela graduação.

**Palavras chave:** educação física e treinamento; atenção primária à saúde; professor de educação física.

MENDONÇA, PHL. **The Physical Education in the SUS Primary Health Care: An integrative review** [Dissertation] Goiânia (GO): Professional Master's Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva and Secretaria de Estado da Saúde (UFG/NESC/SES) Goiânia; 2016.

## ABSTRACT

The study aimed to examine the inclusion of physical education in the field of primary health care in Brazil, from scientific articles published in the period between 2005 and 2015. To do so, have been gathered through the Latin American literature and Caribbean Center on health sciences and health sciences descriptors, scientific articles with relation to the theme of physical education in the primary health care of the unified health system (SUS). In total, 40 studies responded to the inclusion and exclusion criteria and composed the database of this dissertation. Data analysis was performed on the basis of three categories, namely: "physical education in the primary health care "; "The teacher of physical education (PEF) in the primary health care "; and "area of study in physical education for the SUS". The findings indicated that the inclusion of physical education in the primary health care is linked to increased morbidity and mortality of the Brazilian population as a result of chronic non-communicable diseases and the scientific proof of the benefits of regular practice of physical activity to health. In this sense, the Policy of National Health Promotion played a fundamental role in this insert, because, from her bodily and physical activity practices have become one of the priority themes in the Organization and conduct of public policies for health promotion in Brazil. Regarding to the choice between being physically active or not, income, educational level, professional occupation, lack of social support, distance of suitable sites for the practice and the lack of professional advice, were singled out as key factors that influence the choice of people to practice physical activity in leisure time. In this sense, people with lower income and education level, inhabitants of poor areas and away from public spaces suitable for the practice of physical activities, have been identified as the most prone to sedentary. With regard to the performance of PEF in the primary health care, Centers of Support for Family Health (NASF) and the local programs of health promotion and physical activity, such as city academies, were nominated as the main spaces in which these professionals have developed their activities. In these spaces, the studies indicated that the formation and conduct of physical exercise classes, gymnastics and hiking groups are among the main functions carried out by PEF. Regarding to the area of study in physical education for the SUS, the studies showed that there is a gap between the syllabus of undergraduate courses in physical education and the contents of the public health and collective health. In this sense, has been pointed that the load time for discussions of topics related to public health and to the accumulation of academic experiences within the SUS is insufficient, or even non-existent in most institutions of higher education. In this way, the PEF that work, or wish to work, in the SUS have resorted to graduate and multiprofessional health residences, as a means to qualify and fill the void left by graduation.

**Keywords:** physical education and training; primary health care; physical education instructor.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Sequência de passos para a construção da Revisão Integrativa da Literatura utilizada na pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa” ..... 48
- Figura 2** – Figura 2: Fluxograma da seleção dos artigos científicos incluídos na pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa” ..... 58

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Descritores em Saúde Coletiva (DeCS) sobre educação física utilizados para a busca dos artigos utilizados no estudo “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”. .....	51
<b>Quadro 2</b> – Descritores em Saúde Coletiva (DeCS) sobre saúde pública utilizados para a busca dos artigos utilizados no estudo “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”. .....	52
<b>Quadro 3</b> – Síntese da sequência utilizada para a busca dos artigos científicos no LILACS utilizada na pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”. .....	54
<b>Quadro 4</b> – Motivos de exclusão de estudos na etapa de leitura e seleção dos artigos científicos segundo critérios de inclusão e exclusão, referentes a pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”. .....	56

## LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Saúde Coletiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
IES	Instituição de Ensino Superior
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MPSC	Mestrado Profissional em Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCAF	Práticas Corporais e Atividades Físicas
PEF	Professor de Educação Física
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNH	Política Nacional de Humanização
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGSC	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PRÓ-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Secretaria de Atenção em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFS	Universidade Federal do Sergipe
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

# SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

EPÍGRAFE

RESUMO E PALAVRAS CHAVE

ABSTRACT AND KEY-WORDS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	15
<b>3.1. Objetivo Geral</b> .....	15
<b>3.2. Objetivos Específicos</b> .....	15
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
<b>4.1. Conceitos Preliminares sobre o Processo Saúde/Doença na Saúde Pública.</b> .....	16
4.1.1. Preenchendo lacunas sobre o debate conceitual da saúde.....	17
4.1.1.1 O Conceito de Saúde nas perspectivas do modelo biomédico, da Organização Mundial de Saúde e da VII Conferência Nacional de Saúde.....	17
<b>4.2. Práticas Corporais/Atividade física e as Mudanças nos Modos de Vida da População</b> .....	21
4.2.1. As mudanças nos modos de vida e adoecimento da população .....	21
4.2.2. Aproximações entre Educação Física e Saúde/Saúde Pública .....	24
4.2.3. Sentidos e Significados da Atividade Física e Práticas Corporais no Campo da Saúde Pública. ....	27
<b>4.3. Reflexões Sobre o Papel da Educação Física no Sistema Único de Saúde: Um Olhar Para as Políticas e Programas do Ministério da Saúde</b> .....	31
4.3.1. A Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde no Processo de Consolidação da Educação Física no SUS .....	32
4.3.2. Práticas Corporais e Atividade Física no Contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do Programa Academia da Saúde .....	39

<b>5 METODOLOGIA</b> .....	46
<b>5.1. Delineamento do Estudo</b> .....	46
<b>5.2. Sequência Metodológica</b> .....	46
5.2.1. 1º Passo – Definição da Questão de Pesquisa.....	49
5.2.2. 2º Passo – Pesquisa na Base de Dados .....	50
5.2.3. 3º Passo – Organização das Informações .....	54
5.2.4. 4º Passo – Avaliação dos estudos segundo critérios de inclusão e exclusão.....	55
5.2.5. 5º Passo – Análise dos estudos incluídos .....	56
5.2.6. 6º Passo – Interpretação dos resultados e considerações sobre o estudo .....	57
<b>5.3. Aspectos Éticos</b> .....	59
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	60
<b>6.1. A educação física na atenção básica</b> .....	60
6.1.1. O papel da educação física na saúde pública brasileira e os hábitos de vida da população.....	61
6.1.2. Políticas públicas de saúde e a inserção da educação física no SUS .....	66
<b>6.2. O professor de educação física na atenção básica</b> .....	70
6.2.1. A atuação do professor de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família .....	70
6.2.2. A atuação do PEF em programas locais e nacionais de PCAF e promoção da saúde.....	74
<b>6.3. A formação acadêmica em educação física para a atuação no SUS</b> .....	76
6.3.1. Formação acadêmica em educação física para o SUS: nível graduação .	77
6.3.2. Formação acadêmica em educação física para o SUS: nível pós- graduação.....	82
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	88
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	93
<b>APÊNDICES</b> .....	104

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado com o corpo, a cura das enfermidades e a busca por uma boa saúde são questões que acompanham a sociedade desde seus primórdios. Na Grécia Antiga, por exemplo, o modo de vida ideal proposto pela medicina da época era almejado a partir do equilíbrio entre nutrição, exercício moderado e descanso (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003). Ainda que saúde e educação física sejam dois campos que compartilham de uma grande intersecção, muito pouco se alcançou nas reflexões quanto ao papel que a educação física desempenha, e pode vir a desempenhar, no campo da saúde, e de modo particular, na saúde pública na contemporaneidade.

No Brasil, a partir dos anos 80, devido ao contexto da reabertura política, efervescência dos movimentos sociais e redemocratização nacional, o ambiente acadêmico da educação física incorpora, de forma marcante, a influência das ciências sociais e humanas. O emergente campo crítico da educação física, que surgia naquela década, inicialmente ocupou-se mais das questões educacionais, onde destacam-se os estudos de Silva (1989), Betti (1991), Kunz (1991), Soares et al (1992), entre outras, nas quais o tema da saúde não foi privilegiado. Este movimento apresenta novos pressupostos teórico-metodológicos para o ensino da educação física no espaço escolar, que se confrontam com os modelos anteriores reprodutivistas, pautados no higienismo, eugenismo, militarismo e esportivismo, concebendo a escola como um espaço de potencial transformação social e formação de sujeitos críticos e atuantes na sociedade.

Em meados da década 1990, começam a surgir na educação física discussões acerca da temática da saúde em perspectiva crítica. Este debate se fortaleceu a partir da aproximação da educação física com os referenciais do campo da Saúde Coletiva e tem em estudos como o de Carvalho (1995), com o livro “O ‘Mito’ da Atividade Física e Saúde”, os primeiros referenciais voltados para esta perspectiva.

Além dos estudos de Carvalho (1995), pode-se destacar também como produções que se empenharam em discutir a temática da educação física na saúde a partir de referenciais da saúde coletiva a coletânea “A Saúde em Debate na Educação Física” (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003; 2006; 2007); o livro “Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção” (FRAGA;

WACHS, 2007); a obra “Saberes e Práticas Educativas Sobre Corpo e Saúde” (MENDES, 2007); e o livro “Ensaio alternativos latino-americanos de Educação Física, esportes e saúde” (MATIELLO JUNIOR; CAPELA; BREILH, 2010), entre outras publicações em formatos de dissertações, teses e artigos científicos.

O fortalecimento deste novo paradigma no trato da saúde a partir de uma perspectiva crítica e social, expressa-se também no surgimento de grupos de pesquisa a partir de 1988, tais como: Saúde Coletiva, Epidemiologia e Atividade Física/UNICAMP, coordenado pelo Prof. Dr. Aguinaldo Gonçalves; Educação Física & Saúde Coletiva & Filosofia/USP, criado em 1999, coordenado pela Profa. Dra. Yara Maria de Carvalho; Vivendo Educação Física e Saúde Coletiva/UFSC, criado em 2005, coordenado pelo Prof. Dr. Edgard Matiello Júnior; e Políticas de Formação em Educação Física e Saúde/UFRGS, criado em 2009, coordenado pelo Prof. Dr. Alex Branco Fraga.

Para além do campo acadêmico, iniciativas de incentivo à prática de atividade física, na esfera da saúde pública, puderam ser observadas por todo o Brasil desde o final do século XX. A exemplo destas iniciativas se destacam o Programa Agita São Paulo, que iniciou suas atividades em 1996 (MATSUDO, 2008), o Programa Agita Brasil, lançado em 2001 (BRASIL, 2002a) e o Programa Academia da Cidade de Recife, iniciado em 2003.

Em um contexto mais recente, já no século XXI, é possível identificar movimentos no âmbito das políticas públicas de saúde que objetivam inserir medidas relacionadas as práticas corporais e atividades físicas em publicações oficiais do Ministério da Saúde. A exemplo disto estão a Política Nacional de Promoção da Saúde-PNPS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015), as Diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF (BRASIL, 2009), o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2013a; 2014) e o Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011a). Os referidos textos, têm em comum a preocupação sobre a importância de se formular/implementar medidas, na dimensão da saúde pública, que incentivem e possibilitem o aumento da adesão à atividade física na população brasileira, considerando que este é um importante meio para a melhoria das condições de saúde do povo brasileiro e um dos principais modos de se combater o crescente quadro de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

No campo da intervenção profissional, pode-se apontar para o aumento da presença consolidada do professor de educação física em espaços públicos de saúde ou em equipes multiprofissionais de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tais como nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas equipes de apoio matricial à saúde da família (Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF), na saúde mental (Centros de Atenção Psicossocial-CAPS), nos hospitais, entre outros. Com isto, tem ocorrido um crescimento significativo do número de vagas destinadas a professores de educação física em concursos públicos voltados à saúde pública.

Para muitos autores, o aumento da presença deste profissional na saúde pública, sinaliza a necessidade do campo acadêmico-profissional da educação física repensar a sua formação inicial, acrescentando em seus currículos disciplinas que se proponham debater a temática da saúde pública/coletiva e as possibilidades de atuação deste profissional na saúde pública brasileira (PASQUIM, 2005; MACHADO, 2007; SANTOS et al., 2014; BENEDETTI; BORGES, 2014).

Percebendo esta necessidade, alguns cursos de graduação e pós-graduação no Brasil vêm atentando para a necessidade de se explorar este novo campo de atuação e começaram a contemplar experiências práticas e discussões relacionadas aos temas da saúde coletiva, da saúde pública e do SUS nos seus currículos, entre estes destaca-se o curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal de Goiás (UFG) como uma iniciativa pioneira, ao apresentar em seu projeto pedagógico de curso uma ênfase nos referenciais da saúde coletiva, aporte histórico-crítico e compromisso social em formar professores de educação física para atuar em espaços públicos de saúde (UFG, 2009).

Com a fragmentação da formação em licenciatura e bacharelado, a partir da Resolução 03/1987, estes temas vêm sendo tratados preferencialmente nos bacharelados. Em algumas universidades, os cursos de educação física passaram a integrar o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), cujo objetivo é a integração ensino-serviço, visando à adequação da formação acadêmica à realidade e necessidade do SUS, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica e promovendo transformações na prestação de serviços à população (BRASIL, 2005).

Frente às crises de identidade e da necessidade de reformulação do campo da educação física, esta nova demanda profissional intensifica a polêmica acerca deste

profissional pertencer ou não ao campo da saúde, como reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 287/1998 (BRASIL, 1988), bem como da área 21 da CAPES ou das ciências humanas e sociais. Aliás, neste contexto, tal distinção fica confusa, uma vez que mesmo os que fazem a defesa pelo caráter da segunda opção, ao assumirem os referenciais da Saúde Coletiva, reconhecem-se também como curso da área da saúde.

Diante das informações apresentadas aponta-se como questionamento central desta pesquisa: Como a educação física vem sendo inserida no SUS, a partir da atuação do professor de educação física na atenção básica, nos últimos 10 anos, à luz dos artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais?

## 2 JUSTIFICATIVA

Apoiado em referenciais que se empenham em refletir sobre a educação física e a saúde a partir de uma perspectiva predominantemente social e coletiva, as motivações iniciais que determinaram o desenvolvimento desta pesquisa, se deu amparado na crescente intervenção da educação física no campo da saúde pública brasileira.

A abertura de novos espaços e a expansão de estruturas já consagradas no SUS, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), os NASF e os polos de Academias da Saúde, têm demandado uma ação pedagógica do professor de educação física cada vez mais qualificada e convergente com os princípios e diretrizes do SUS (BENEDETTI; BORGES, 2014). Desta maneira, é importante que este profissional compreenda, de maneira profunda, a dimensão e a complexidade da saúde pública brasileira, de modo que a sua intervenção junto ao sistema, não se restrinja à repetição de determinados modelos ainda hegemônicos, como o biomédico, mas sim, contribua com eficiência para a qualificação dos serviços oferecidos pelo SUS e para a melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira (SANTOS et al., 2014).

Neste sentido, é importante que a área da educação física reconstrua seu diálogo com a saúde, acrescentando nas disciplinas acadêmicas, nas pesquisas e nas publicações acadêmicas a temática da saúde pública/coletiva, possibilitando assim, uma percepção mais clara do papel que esta área do conhecimento pode e deve desempenhar no sistema de saúde pública brasileiro e quais as atribuições que competem a esses profissionais. Para isto, é essencial que os diferentes campos da formação acadêmica – como a graduação, o ensino, a pesquisa, a extensão e a pós-graduação – se mobilizem no intuito de criar condições favoráveis para a formação de profissionais da educação física com experiências sólidas sobre a realidade da saúde pública no Brasil e com aporte teórico suficiente para desempenharem trabalho que de fato contribua para a transformação do cenário epidemiológico brasileiro.

Outro fato que justifica a realização deste estudo, diz respeito ao número reduzido de publicações científicas sobre a temática educação física e saúde pública/coletiva publicados em revistas e anexados em periódicos nacionais e internacionais. Este fato

é evidenciado, por exemplo, com base na pesquisa de Costa et al (2012), que constatou que dos 879 periódicos estratificados pelo WebQualis na área da educação física, apenas seis eram revistas nacionais indexadas no Portal de Periódicos Capes e com estratificação também na área saúde coletiva. A pesquisa constatou ainda que estes seis periódicos juntos publicaram 874 artigos entre os anos de 2009 e 2010, sendo que apenas onze envolviam conceitos relacionados à Saúde Pública/Saúde Coletiva.

Este fato demonstra, que o esforço do meio acadêmico em apresentar estudos relacionados à temática da educação física e saúde pública/coletiva tem sido pequeno, ao contrário do que espera o MS, que tem entre os objetivos específicos e as diretrizes da PNPS o fomento à pesquisa, à produção e a difusão de experiências, conhecimentos e evidências exitosas no campo da saúde que possam influenciar a tomada de decisão dos gestores, o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde (BRASIL, 2015).

Deste modo, é importante que a área da educação física invista em estudar e pesquisar o cenário atual da sua atuação na saúde pública/coletiva, de modo que as ações desenvolvidas e as experiências obtidas com a intervenção destes profissionais no SUS seja melhor disseminada e contribua para o desenvolvimento de um trabalho mais maduro e coeso com os princípios da saúde pública brasileira e direcionado para as necessidades da nossa população.

Desta forma, são apresentados os seguintes objetivos:

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

- Analisar a inserção da educação física no campo da atenção básica à saúde, no Brasil, a partir de artigos científicos publicados no período entre 2005 a 2015.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Descrever o papel da educação física na atenção básica do SUS, a partir dos artigos científicos publicados no período entre 2005 a 2015 e das políticas públicas em saúde do Brasil;
- Identificar a formação em educação física para a atuação no SUS;
- Classificar as publicações científicas quanto a atuação do professor de educação física na atenção primária em saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são abordados estudos que contribuem para o debate da educação física no campo da saúde e da saúde pública<sup>1</sup>. O texto inicia-se pela apresentação do processo de construção de alguns dos conceitos de saúde e busca expor definições importantes para a discussão proposta, como por exemplo: “educação física”, “práticas corporais”, “atividade física”, “exercício físico”, “doenças crônicas não transmissíveis” (DCNT), “promoção da saúde”, “atenção básica”, entre outras.

Concomitantemente, são levantadas as principais informações presentes em políticas, programas e resoluções do Ministério da Saúde (MS) que apontam para a educação física e seus conteúdos como uma das áreas do conhecimento atuantes nas ações de promoção, prevenção, recuperação e vigilância em saúde. Para tanto, foram selecionados textos, cadernos, resoluções e políticas do Ministério da Saúde referentes à Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao Programa Academia da Saúde.

Por fim, o texto buscará levantar possibilidades de aproximação entre essas políticas e programas com o campo da educação física, buscando elucidar possibilidades de atuação do professor de educação física (PEF) junto aos espaços públicos de saúde.

### 4.1. Conceitos Preliminares sobre o Processo Saúde/Doença na Saúde Pública.

Mesmo que pareça simples, para a maioria das pessoas, não parece ser tão claro os significados atribuídos ao termo “saúde”. Ainda são grandes as divergências de opiniões e controvérsias na compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes. Após vários séculos e muitos modelos aplicados, o debate sobre as concepções de saúde ainda é atual e importante em nossa sociedade. Sendo assim,

---

<sup>1</sup> Saúde Pública é a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver a saúde física, mental e a eficiência, através de esforços organizados da comunidade, para o saneamento do meio ambiente, o controle de infecções na comunidade, a organização de serviços médicos e paramédicos para diagnóstico precoce e o tratamento preventivo de doença, e o aperfeiçoamento da máquina social que assegurará a cada indivíduo, dentro da comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (WINSLOW, 1920 apud MORETTI et al., 2009, p. 348).

este texto se inicia buscando apresentar alguns dos principais conceitos de saúde construídos no decorrer da história.

#### 4.1.1. Preenchendo lacunas sobre o debate conceitual da saúde

O debate conceitual sobre a saúde é antigo e possui relação intrínseca com a história das civilizações e da humanidade. Pode-se dizer talvez, que para cada época, ou momento histórico da evolução humana, havia um conceito de saúde norteando o entendimento, as discussões e as ações sobre a temática da saúde (MENDONÇA, 2011; SCLIAR, 2007).

Contudo, mesmo que tenham sido várias as definições construídas nessa trajetória, três delas se fazem mais importantes para este estudo neste momento; o conceito de saúde de base biologicista, defendido pelo modelo biomédico desde meados do século XIX, o formulado pela Organização Mundial de Saúde, na primeira metade do século XX e o apresentado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Esta escolha se deu, por serem estes os mais difundidos e presentes nos discursos do senso comum, do meio acadêmicos e das discussões no âmbito das políticas públicas de saúde no Brasil.

##### 4.1.1.1 O Conceito de Saúde nas perspectivas do modelo biomédico, da Organização Mundial de Saúde e da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Com a ascensão, no início do século XIX, da doutrina sociológica, filosófica e política de Augusto Comte, o positivismo<sup>2</sup>, e com as descobertas da medicina científica sobre

---

<sup>2</sup> O estado positivo caracteriza-se, segundo Comte, pela subordinação da imaginação e da argumentação à observação. Cada proposição enunciada de maneira positiva deve corresponder a um fato, seja particular, seja universal. Isso não significa, porém, que Comte defenda um empirismo puro, ou seja, a redução de todo conhecimento à apreensão exclusiva de fatos isolados. A visão positiva dos fatos abandona a consideração das causas dos fenômenos (procedimento teológico ou metafísico) e torna-se pesquisa de suas leis, entendidos como relações constantes entre fenômenos observáveis [...]. Segundo Comte, a procura de leis imutáveis ocorreu pela primeira vez na história quando os antigos gregos criaram a astronomia matemática. Na época moderna, o mesmo procedimento reaparece em Bacon (1561-1626), Galileu (1564-1642) e René Descartes (1596-1650), os fundadores da filosofia positiva, para Comte (GIANNOTTI, 1978, p. 20).

a microbiologia e as vacinas, ganhou força na sociedade recém industrializada o chamado modelo biomédico (KOIFMAN, 2001).

De base positivista e cartesiana, a compreensão biomédica sobre o processo saúde-doença, tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo e especialização. Tem-se, portanto, o entendimento de que cada doença é causada por agentes etiológicos específicos e que é papel da medicina identifica-los e trata-los eliminando o agente e os sintomas gerados pela patologia (CUTOLO, 2006; KOIFMAN, 2001). A unicausalidade vinculada à explicação do fenômeno biológico pela química e pela física são características marcantes neste modelo. É proveniente dele também o entendimento de que “saúde é ausência de doença”, conceito difundido pela teoria funcionalista de Christopher Boorse (FILHO; JUCÁ, 2002) e que até hoje é tido como hegemônico e está presente na fala da maioria das pessoas questionadas sobre o assunto (MENDONÇA, 2011).

Porém, outras correntes e muitos estudos discordam tanto da função médica limitada ao tratamento dos sintomas biológicos das doenças, quanto do conceito de saúde como ausência de doenças. Para este grupo, a visão biologicista e unicausal sobre a saúde é reducionista e insuficiente para explicar a complexidade do processo saúde-doença. Neste sentido, muitos são os estudos que levantam problemáticas sobre o modelo biomédico, buscando romper com esta proposta e propondo a construção de um entendimento sobre a saúde a partir de múltiplas determinações (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003; KOIFMAN, 2001, MENDONÇA, 2011).

A primeira problemática que podemos levantar, faz referência à afirmação que Koifman (2001), desenvolve sobre a proposta biomédica. Para o autor, ao reduzir a saúde às ciências exatas e as causas biológicas das doenças, estamos excluindo a dimensão social e psicológica que são também inerentes à vida e importantes de serem pensadas nesta temática. Isto torna-se um problema a partir do entendimento que a visão unicausal fragmenta o ser humano, reduzindo-o apenas a um organismo biológico, não valorizando a relação que este desenvolve consigo mesmo e com a sociedade, bem como, não compreende também a possibilidade desta relação poder interferir, nos níveis de saúde dos indivíduos e da população.

Além da problemática supracitada, é possível perceber outros problemas referentes ao conceito de saúde como ausência de doença. Para Bagrichevsky, Palma e Estevão

(2003), é importante perceber que este conceito carrega em si um foco centrado na doença e não na saúde, condicionando a última à primeira. Para Canguilhem (2011, p. 129), não é correto condicionar a saúde à doença, pois "[...] a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida". Sendo assim, seria possível existir saúde mesmo em situações e momentos de adoecimento.

Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003) e Mendonça (2011), defendem ainda que o conceito reducionista da saúde crê na possibilidade de resolução do problema encerrando-se uma suposta causa, a qual é possível a partir da medicalização, além, de se caracterizar por um ceticismo em relação à contribuição de diferentes saberes para auxiliar a compreensão dos fenômenos relacionados à saúde. Deste modo, a definição de saúde como ausência de doença e o modelo biomédico, têm limitações claras quando colocados diante dos enfrentamentos sociais de nosso país, sendo assim, incapaz de intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, tampouco sendo capaz, no plano coletivo, de ser modificador de indicadores sociais (CUTOLO, 2006).

Críticas como as apresentadas acima serviram de base para a construção de novas formas de se compreender o processo saúde-doença. Estas novas formas ganham força principalmente a partir do século XX, e estão ligadas à visão de multicausalidade das doenças (CARVALHO, 1995). Multicausalidade, neste contexto, implica no entendimento de que há uma interação recíproca entre múltiplos fatores que interferem, para melhor ou para pior, na condição de saúde das pessoas, tais como a desnutrição, a pobreza, as más condições de higiene e habitação, entre outros fatores (MENDONÇA, 2011), sendo assim, as questões biológicas não são mais suficientes para compreender a saúde nesta amplitude. Estas teorias sobre as múltiplas determinações reavaliam a dimensão da compreensão da saúde e da doença e oferece subsídios para um debate sobre o conceito de saúde a partir de novos elementos.

A influência multicausal na saúde, deu margem ainda para um novo entendimento sobre o ser humano, difundido principalmente a partir do século XX, referente à abordagem do homem como um ser biopsicossocial. Sobre esta perspectiva, Marco (2006) afirma que ela proporciona uma visão integral do ser e do adoecer, compreendendo as dimensões física, psicológica e social.

A abordagem do ser humano como biopsicossocial, influenciou a formulação do conceito oficial de saúde, divulgado em 7 de abril de 1948 pela Organização Mundial

de Saúde (OMS). Este conceito consiste na determinação que “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades” (OMS apud LEWIS, 1986, p. 1100). Neste sentido, segundo Scliar (2007), percebe-se que há um esforço das organizações de saúde, em especial da OMS, em compreender a saúde sob um foco além da simples ausência de enfermidades. Porém, o autor também destaca que várias são as críticas feitas à esta compreensão.

Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003), Caponi (2003) e Mendonça (2011), defendem que o que a OMS propõe é algo idealizado e inatingível, vista a impossibilidade em se alcançar o “completo estado de bem-estar”, e destacam ainda que, embora a OMS traga a marca do “social” em seu conceito, ela não parece ser tratada de forma que se possa compreender a complexidade e o dinamismo dessa dimensão, muito menos oferece subsídio para a realização de ações que melhorem a “saúde social” dos cidadãos. Contribuindo com o dito acima, Luz (1979, p. 165) afirma que “[...] não é preciso, nem possível adotar a poética definição da OMS porque não teríamos como medir, pela subjetividade implícita na definição, a extensão da ausência de saúde na população”. Desta forma, a partir do dito pela autora, é importante se pensar em conceitos para a saúde que possibilitem quantificar os níveis de saúde da população, além de oferecer subsídios para a criação de medidas no âmbito individual e coletivo para a promoção da saúde dos cidadãos.

No Brasil, a compreensão da saúde como uma resultante de múltiplas determinações foi fortalecida a partir da década de 1970, com o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB), e vem ganhando cada vez mais espaço nas discussões em saúde pública em nosso país e por todo o mundo (FRANÇA, 2013; CARVALHO, 1995; BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

Tendo por base ideais marxistas, de resistência à ditadura e contando com o apoio de movimentos populares, sindicais, médicos, professores, estudantes, entre outros, que tinham como interesse comum a melhoria das condições de saúde e vida da população, o Movimento de Reforma Sanitária acabou se materializando no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde que posteriormente serviu de base para a construção dos Artigos 196 ao 200 da Constituição Federal de 1988 e da lei 8080/90 que instituiu o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) (FRANÇA, 2013; MINAYO, 1992; CARVALHO, 1995, BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003, 2006, 2007).

A VIII Conferência Nacional de Saúde constituiu um marco político e conceitual para a saúde pública no Brasil e seu relatório foi base para o processo de transformação e reconstrução do setor saúde no país (CUTOLO, 2006; MENICUCCI, 2014). Dentre as orientações e diretrizes contidas em sua ata, destacam-se aqui o entendimento da saúde como direito fundamental do ser humano, que deve ser garantido pelo Estado por meio de políticas públicas e é definida como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Com isso, compreende-se que o conceito de saúde apresentado no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde oferece maiores subsídios para a compreensão do fenômeno saúde, buscando romper com o entendimento biomédico, cartesiano e hegemônico que contrapõe saúde e doença e extrapolando o entendimento ideal e inatingível construído pela OMS.

Além disso, a defesa de que a produção da saúde está intimamente ligada com as formas de organização social, fornece aporte para se pensar com maior clareza em ações condizentes com a melhoria das condições da saúde da população, e ainda, permite elucidar melhor os papéis que os sujeitos, Estado e população, ocupam junto a este debate.

## **4.2. Práticas Corporais/Atividade física e as Mudanças nos Modos de Vida da População**

### **4.2.1. As mudanças nos modos de vida e adoecimento da população**

A revolução industrial foi, sem dúvida, um dos maiores marcos históricos da humanidade. Muito do que hoje é uma necessidade da população, só foi possível graças aos avanços da tecnologia ocorrido nos últimos séculos (meios de comunicação, transporte, telefonia, informática, entre outros). Atualmente, por

exemplo, utensílios como o carro, o celular, o computador e a televisão se tornaram tão comuns, que acabaram ocupando status de indispensável na vida de muitas pessoas. Além disso, os avanços da tecnologia revolucionaram também as formas do homem se alimentar, trabalhar, locomover, adoecer, relacionar consigo, com o outro e com o meio ambiente, entre outras questões, que acabaram por tornar a forma com que o ser humano encara a vida na sociedade atual muito diferente de como fazia à séculos atrás.

Nessa ótica, pode-se apontar ainda o processo de urbanização da população, como sendo um dos maiores impactos gerados pela revolução industrial, pois, é a partir desta, que a população mundial, que até então era predominante rural, passa a habitar, cada vez mais, as grandes cidades e centros urbanos (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No Brasil, por sua vez, os impactos gerados pela revolução industrial e pela urbanização da população já acontece há pelo menos 60 anos. Segundo o Censo 2010, enquanto em 1950 o percentual da população brasileira vivendo em áreas urbanas era de 36% (cerca de 18,5 milhões de habitantes), em 2010 este número subiu para 84,3% do povo brasileiro, totalizando cerca de 160 milhões de habitantes. Ou seja, a população urbana brasileira cresceu quase 100 vezes em número absoluto e quase 2,5 vezes em percentual nas últimas seis décadas (BRASIL, 2011b).

Outro elemento importante a ser destacado faz referência aos avanços do campo da medicina possibilitados pela evolução das tecnologias. Estes avanços tornaram possível, por exemplo, o tratamento e a cura de muitos males até então incuráveis, como a varíola, a pólio, a malária, o sarampo, o tétano, entre outros. Além disso, os avanços na medicina, contribuíram para o aumento da expectativa de vida da população de modo geral; o aumento no número de adultos e idosos; e para a redução da mortalidade infantil, ou seja, para o aumento populacional mundial que vem ocorrendo há várias décadas (MONTEIRO, 1995).

Em face a essa realidade, pode-se concluir que os avanços ocorridos na sociedade no último século, transformou de maneira profunda as formas com que o ser humano constrói a sua vida, os seus hábitos, as suas crenças e as suas relações. Todavia, ao observar esse cenário de mudanças, verifica-se também que a complexidade da vida contemporânea, somada à transição demográfica, aos novos hábitos e padrões de comportamento da população, ao aprimoramento da medicina e da indústria

farmacêutica, alterou as condições e a qualidade de vida da população, provocando mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde (MORETTI et al., 2009).

Para o Brasil e diversos outros países, o resultado dessas mudanças nas causas de morbidade e mortalidade da população, resultou em um quadro de adoecimento cada vez mais ocasionado pelas (DCNT), ao mesmo tempo, os problemas originados pelas conhecidas doenças infectocontagiosas não foram solucionados ainda (SCHRAMM; OLIVEIRA; LEITE, 2004).

A exemplo disto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 2012, dos 56 milhões de óbitos registrados, 68%, ou 38 milhões, ocorreram em razão das DCNT (WHO, 2014). No Brasil, com aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas, que representam cerca de 72% das causas das mortes registradas no país, cada vez mais o Ministério da Saúde junto ao SUS têm se empenhado na criação e implementação de ações de vigilância e controle destes agravos (BRASIL, 2011a; CRUZ; MALTA, 2014).

Segundo o MS, as DCNT são doenças ocasionadas por múltiplos fatores, que se desenvolvem no decorrer da vida e possuem longa duração. Entre as principais enfermidades se encontram o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes, a obesidade e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011a). O MS destaca ainda que entre os principais fatores causadores das DCNT estão o uso de tabaco, a alimentação “não saudável”, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool. Estes fatores, têm sido considerados, em grande parte, responsáveis pela atual epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto que acomete boa parte dos brasileiros (BRASIL, 2011a; MALTA et al., 2006).

Sendo assim, as DCNT têm atingido indivíduos em todas as camadas socioeconômicas, porém, de forma mais intensa, a prevalência destes agravos tem sido maior em pessoas idosas e de baixa renda. O Brasil, neste caso, é um país que possui um grande índice de desigualdade social e uma das populações que envelhecem mais rapidamente no mundo, com isto, é necessário reconstruir o seu modelo de atenção à saúde, de modo a evitar o possível aumento da carga de adoecimento e mortalidade devido a estes agravos (BRASIL, 2011a).

Em meio a este novo cenário epidemiológico em que vive nossa população, cada vez mais, ações em saúde pública têm priorizado projetos e programas que incentivam mudanças nos hábitos de vida dos cidadãos, redução no consumo de álcool e tabaco, melhoria na qualidade da alimentação e estímulo à prática de atividade física<sup>3</sup> regular (sendo este último tema, um dos principais campos em que atua o professor de educação física<sup>4</sup>).

#### 4.2.2. Aproximações entre Educação Física e Saúde/Saúde Pública

Com o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, a constatação de que o sedentarismo, a inatividade física e a obesidade constituem alguns dos principais fatores causadores de agravos como o infarto, a hipertensão arterial e a diabetes, somado ainda ao fato de que a atividade física regular e orientada<sup>5</sup> comprovadamente contribui para a redução dos riscos de os indivíduos serem acometidos por tais enfermidades, cada dia mais, a educação física, seus conteúdos e profissionais vêm sendo incluídos nas discussões, programas e políticas desenvolvidas pelo MS (MORETTI et al., 2009; CECCIM; BILIBIO, 2007).

Esta crença de que a prática de atividade física regular traz benefícios para a saúde é antiga. Desde as primeiras civilizações, por exemplo, já se acreditava que uma vida fisicamente ativa, regada a uma moderada carga de exercícios físicos, seria benéfica à saúde das pessoas (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003). Porém, no que

---

<sup>3</sup> Compreende-se como atividade física qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética com gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN et al., 1985; JOHNSON & BALLIN, 1996; SHEPHARD & BALADY, 1999; BRASIL, 2010). Sendo assim, quando falamos em atividade física, é possível incluir entre elas, atividades como as do dia a dia, tomar banho, vestir-se, limpar a casa, lavar o carro; as atividades de trabalho, como andar, correr, carregar; e as atividades de lazer, como se exercitar, praticar esportes, lutar, dançar, entre outras (JOHNSON & BALLIN, 1996; SHEPHARD & BALADY, 1999).

<sup>4</sup> A educação física é uma área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem como objeto de estudo e de aplicação o movimento humano, com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, nas perspectivas da prevenção de problemas de agravo da saúde, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e da reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, além de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas. (BRASIL, 2004a, p.1)

<sup>5</sup> A expressão “atividade física regular e orientada”, em muitos contextos, faz referência também ao conceito de “exercício físico”, que é entendido, segundo Caspersen et al (1985), como uma das maneiras pela qual a atividade física pode se manifestar, desde que seja planejada, estruturada e objetiva a melhoria da aptidão física ou a reabilitação orgânico-funcional.

tange à dimensão da saúde pública no Brasil, e em comparação com outras áreas do conhecimento como a enfermagem e a medicina, a presença da educação física ainda é recente, sendo necessário reunir esforços afim de amadurecer e fortalecer o debate entre educação física, saúde pública e saúde coletiva<sup>6</sup> e aumentar as possibilidades de intervenção deste profissional junto ao SUS e as equipes de saúde.

No Brasil, a educação física passou a ser oficialmente reconhecida como profissão de saúde a partir da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997). Porém, mais de duas décadas após a criação do SUS e quase vinte anos de presença do profissional de educação física no sistema, muito ainda precisa ser elucidado, principalmente no que tange ao papel que este profissional deve ocupar na saúde pública e quais as atribuições necessárias para se desenvolver um trabalho coerente com os princípios e diretrizes do SUS.

Procurando preencher esta nova demanda do profissional de educação física, e ainda, contribuir para o debate crescente entre educação física, saúde e saúde pública, vários foram/são os estudos publicados nos últimos vinte anos que se propuseram a debater a educação física sobre perspectiva crítica, ou ainda relatar experiências da atuação deste profissional dentro do sistema público de saúde. A exemplo destes estudos estão a coletânea “A Saúde em Debate na Educação Física” (BAGRICHEVSKY, PALMA; ESTEVÃO, 2003; 2006; 2007); os livros “Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção” (FRAGA; WACHS, 2007) e “O Mito da atividade física e saúde (CARVALHO, 1995); a obra “Saberes e Práticas Educativas sobre Corpo e Saúde” (MENDES, 2007); o livro “Ensaio alternativo latino-americanos de Educação Física, esportes e saúde” (MATIELLO JUNIOR; CAPELA; BREILH, 2010); e diversos artigos científicos como os intitulados “Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde.” (MORETTI et al., 2009), “Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica” (CARVALHO, 2006), “Práticas Corporais e Saúde: Novos Olhares” (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2007), “Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde” (MALTA et al., 2006), além

---

<sup>6</sup> A saúde coletiva é um campo que se constituiu na América Latina a partir da década de 1970. Foi formado por diferentes profissionais atuantes na área da saúde que apontavam para a necessidade de discussões no âmbito coletivo-público-social e de reagir ao positivismo e à saúde pública tradicional, centrada no modelo biomédico. Buscava-se fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiasse o social como base para compreender o fenômeno saúde-doença (FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006, p. 171).

de diversos outros livros, artigos científicos, dissertações de mestrado e teses de doutorado.

Em contrapartida, enquanto na dimensão da produção científica os esforços em perceber as relações entre educação física e saúde pública têm sido notórios, no que diz respeito à formação profissional, a realidade não parece ser a mesma. Diversos estudos, como os realizados por Pasquim (2005), Machado (2007) e Benedetti e Borges (2014), relatam que a carga horária dedicada a disciplinas que discutem temas relacionados à saúde coletiva, ao SUS ou a saúde pública nos cursos de graduação em educação física é nula ou mínima.

A exemplo disto, foi constatado por Costa et al (2012), em um estudo, que investigou a presença de disciplinas que abordam conteúdos relativos à Saúde Pública/Coletiva, nos cursos de graduação em educação física, que, das 61 instituições de ensino superior, públicas e privadas, pesquisadas em todo o país, apenas 17 (27,9% das instituições) apresentaram em suas grades curriculares disciplinas com conteúdos relativos à Saúde Pública/Coletiva. Em face a esta realidade, fica perceptível que, no campo da formação acadêmica e em linhas gerais, a apropriação da discussão referente a temática da saúde pública/coletiva ainda não se configura como uma das prioridades do ensino e da formação superior em educação física.

Neste contexto, é importante destacar que para além dos espaços de produção científica, a temática da educação física, e principalmente da atividade física, vem sendo cada vez mais disseminada entre os meios de comunicação. Atualmente, não é mais uma novidade nos depararmos com notas, notícias ou matérias que divulgam informações acerca da importância de se praticar atividade física regularmente e dos diversos benefícios que sua a prática pode gerar para os diferentes grupos e faixas etárias. Juntamente com outros esforços, este fato tem sido compreendido por muitos autores como um avanço para a área, pois contribui para a construção de uma identidade da educação física que vai além do entendimento desta como uma disciplina curricular ministrada na Educação Básica e/ou associada ao Treinamento Desportivo (SILVA et al., 2014a).

Tendo em vista os aspectos observados, torna-se um grande desafio para a área da educação física definir o seu papel e as suas atribuições junto a um sistema público de saúde como o SUS, que tem em seu ideário um conceito ampliado de saúde. Deste modo, é importante que sejam reunidos esforços no intuito de responder as demandas

deste novo campo de intervenção, ao mesmo tempo, que as ações protagonizadas pelos profissionais da educação física inseridos no sistema possam contribuir para a construção de um novo, e melhor, sistema de saúde pública em nosso país.

#### 4.2.3. Sentidos e Significados da Atividade Física e Práticas Corporais no Campo da Saúde Pública.

Com o crescente cenário de aproximação entre os campos da educação física e saúde pública/coletiva apresentado anteriormente, cada vez mais, o uso de terminologias como atividade física e práticas corporais vem se tornando comuns em pesquisas e trabalhos científicos, nas falas de pessoas vinculadas (ou não) ao campo da saúde e nos escritos oficiais do MS. Deste modo, refletir sobre os sentidos e significados atribuídos a estes termos se torna importante, na medida em que contribui para elucidar que papel a educação física, que é a área do conhecimento que mais dialoga com estes conteúdos, deve ocupar no sistema de saúde pública brasileiro.

A partir dos fatos apresentados anteriormente, não há dúvidas de que a ciência acredita que a prática de atividade física regular produz benefícios para a circulação sanguínea, contribui na redução do mau colesterol, do estresse, ajuda na prevenção de doenças do aparelho circulatório, entre outros benefícios (BRASIL, 2010). Outra crença comum, é de que esta prática pode intervir de maneira positiva no condicionamento físico ou melhorar componentes da aptidão física<sup>7</sup> (condição aeróbica, força e flexibilidade) (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; ARAUJO; ARAUJO, 2000). Porém, mesmo que seja inegável a contribuição da atividade física para a saúde, para alguns autores, esta relação não se estabelece de forma tão direta, ou apenas na dimensão biológica e individual da vida. Ela é de caráter multifatorial e depende de outras determinações, como as psíquicas, socioeconômicas, políticas e culturais (DEVIDE, 2003; MIRA, 2003; BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003; CARVALHO, 2004; FREITAS; BRASIL; SILVA, 2006, MENDONÇA, 2011).

---

<sup>7</sup> Segundo Guedes (1995), aptidão física é entendida como a capacidade de realizar esforços físicos sem fadiga excessiva, garantindo a sobrevivência de pessoas em boas condições orgânicas no meio ambiente em que vivem (ARAUJO & ARAUJO, 2000 apud GUEDES, 1995)

Em outras palavras, partindo do entendimento de que a saúde é produzida a partir da resultante de múltiplas determinações, é pertinente acreditar que a atividade física não seja saudável por si só, que ela não gere saúde sozinha, e, talvez, seja mais correto pensar que ela é um elemento em um conjunto de situações que podem contribuir para a melhoria do bem-estar geral das pessoas e assim aprimorar a saúde (SOARES, 1994). Logo, ser fisicamente ativo não significa obrigatoriamente estar saudável, além do que, por mais que a adoção de uma vida fisicamente ativa interfira de forma positiva na saúde dos indivíduos, para que ela surta o efeito desejado, é preciso que estes hábitos estejam também em conexão com outros fatores de igual importância (como alimentação, condições de trabalho e moradia, tempo de lazer e descanso, entre outras questões) (DEVIDE, 2003; BAGRICHEVSKY, 2003).

Além das argumentações supracitadas, outras pesquisas ainda indicam que a relação naturalizada de que atividade física promove saúde e reduz o risco de adoecimento por condições crônicas e degenerativas, não estabelece diálogo com questões importantes que devem ser apontadas quando nos propomos debater o tema saúde. Por exemplo, se por um lado a defesa é que a mudança nos comportamentos e hábitos de vida individuais em prol de uma vida ativa e uma alimentação saudável sejam meios para se reduzir o adoecimento das pessoas por condições crônicas e degenerativas, acabar com o mal do sedentarismo e melhorar a qualidade de vida, por outro, pouco se discute sobre a baixa renda de grande parte da população, as maçantes e exploradoras jornadas de trabalho que são impostas aos trabalhadores, a precariedade do transporte público e a falta de tempo de lazer, que impossibilitam a maioria das pessoas de ter tempo livre, renda, motivação ou energia para iniciar a prática de atividades físicas (DAMICO, 2011). Outra questão importante, faz referência a necessidade de se aumentar ainda mais os investimentos governamentais em recursos humanos para a contratação, formação e capacitação de profissionais da educação física aptos para atuar na lógica do SUS, ou ainda, o incentivo à implantação e expansão de programas de incentivo às práticas corporais e atividades físicas como o Academia da Saúde, para que a população possa ter acesso com maior facilidade a espaços adequados para a prática de atividade física (AMORIM, 2013).

Neste sentido, Damico (2011) aponta ainda que por trás do discurso de que atividade física regular promove saúde e que mudanças nos hábitos individuais e

comportamentos de vida são necessários para a redução do adoecimento por DCNT, existe uma “política de responsabilização do sujeito” que acaba responsabilizando o indivíduo frente ao seu estado de saúde e culpando-o pela escolha em não adotar um estilo de vida ativo ou um hábito alimentar saudável. Neste pensamento, fatores importantes como os apontados acima (que influenciam e muitas das vezes impossibilitam a escolha por novos comportamentos) não são considerados relevantes, e o que prevalece é a afirmação que o alcance de uma melhor saúde depende de cada um e de suas escolhas individuais.

Logo, a afirmação de que atividade física regular promove saúde não pode ser entendida como um dado natural, e tampouco suficiente para a mudança do estado de saúde dos indivíduos e das populações. Além disso, a adoção de novos hábitos e comportamentos de vida não é tão simples como muitas vezes é apresentado, ela é complexa, depende de diversos fatores e se relaciona em grande parte com as formas com que a população, e a sociedade como um todo, se organiza socioeconomicamente.

Deste modo, para que a educação física possa ser inserida com maior qualidade nos espaços públicos de saúde no Brasil, é importante que se extrapole o entendimento da atividade física como um mero estímulo biológico, realizado por um corpo em movimento, que produz gasto energético quando corre ou salta. É necessário neste processo, compreender que por trás da atividade realizada, existe um corpo cultural, único, repleto de símbolos e signos, que pertence a determinado grupo sociocultural e possui necessidades e desejos distintos (BRASIL, 2010).

Da mesma forma, para que a prática pedagógica, desenvolvida pelos professores de educação física vinculados a saúde pública no Brasil, produza o impacto positivo esperado na saúde dos brasileiros, é preciso primeiro que ocorra uma maior aproximação desses profissionais com os princípios e diretrizes propostos para o SUS, de modo que sua prática se emancipe dos modelos centrados no biologicismo e individualismo. Concomitantemente deve-se buscar a formação de sujeitos críticos, autônomos, conscientes de suas condições de saúde e das contradições existentes em nosso modelo socioeconômico atual, e segundo, que seja fortalecido o diálogo entre a área da educação física e as demais áreas do conhecimento que compõem as equipes de saúde do SUS (GONZALEZ, 2015; CARVALHO, 2006).

Em meio a este cenário desafiante e conflituoso que a área educação física vem enfrentando no seu percurso para se consolidar em um sistema de saúde pública, que tem em seu ideário um conceito ampliado de saúde, como é o SUS, vem ganhando cada vez mais espaço, tanto no campo teórico quanto no das intervenções práticas, o interesse e a indicação para que o professor de educação física inserido no SUS construa suas ações a partir dos princípios das práticas corporais.

Diferente da atividade física, que foi apresentada anteriormente como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética com gasto energético acima dos níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985; JOHNSON & BALLIN, 1996; SHEPHARD & BALADY, 1999; BRASIL, 2010), as práticas corporais “são componentes da cultura corporal dos povos, dizem respeito ao homem em movimento, à sua gestualidade, aos seus modos de se expressar corporalmente” (CARVALHO, 2006, p.34). Assim, as práticas corporais compõem as manifestações culturais dos mais diferentes grupos sociais e se referem as diversas formas com que o ser humano se manifesta por meio do corpo nas diferentes culturas e momentos históricos (como por exemplo as danças, as modalidades esportivas, as lutas, os exercícios físicos, as ginásticas, os jogos e brincadeiras, o yoga, o tai-chi, entre outras) (GONZALEZ, 2015; CARVALHO, 2006).

Neste sentido, as práticas corporais apresentam como valores comuns o movimento corporal como elemento essencial, o vínculo com o lazer e com o entretenimento, o cuidado com o corpo e com a saúde e a existência de uma organização interna (particular ou reproduzida de outros contextos) (GONZALEZ, 2015).

Na mesma direção, Gonzalez (2015; 2013), destaca ainda que as práticas corporais correspondem a um conjunto de práticas sociais com envolvimento fundamentalmente motor e que são realizadas tanto de maneira institucionalizada, sistemática e organizada, quanto de forma espontânea, esporádica e desestruturada. Deste modo, as práticas corporais podem ser praticadas tanto individualmente, quanto em grupos de amigos, conhecidos ou desconhecidos e despertam o interesse de seus praticantes por diversos motivos, como por exemplo o divertimento, a distração, o convívio, a estética, a saúde ou a manutenção da forma física.

Além disso, Carvalho (2006) destaca ainda que por ser uma prática cultural, as práticas corporais possuem diferentes valores, sentidos e significados em cada cultura. Por exemplo, no Brasil, enquanto o futebol é uma modalidade esportiva com

a qual povo brasileiro se identifica de forma marcante, outras modalidades como a patinação no gelo ou o golfe (que são comumente praticadas em outros países) não parecem despertar o mesmo interesse na população brasileira.

Sendo assim, é possível perceber que as diferenças existentes entre as práticas corporais e a atividade física são profundas. A identificação com a cultura, a percepção das particularidades, interesses e necessidades de cada comunidade e a reaproximação do usuário com o movimento humano de forma prazerosa, livre e ausente de culpa que aparecem no discurso sobre práticas corporais, mas não no de atividade física, são exemplos dessas diferenças. Além do mais, a compreensão do indivíduo para além de sua dimensão orgânica e o entendimento do movimento humano para além de um movimento corporal produzido pela musculatura esquelética e que resulta em gasto energético, representam avanços importantes no processo de superação dos modelos médicos hegemônicos e na consolidação da área da educação física no SUS (GONZALEZ, 2015).

De toda forma, o caminho a ser percorrido é grande e árduo, os desafios estão colocados e cabe a todos os entes envolvidos (seja no campo da formação acadêmica, das produções científicas ou da prática profissional) o esforço e o comprometimento para a consolidação da educação física neste novo, e complexo, campo de intervenção.

#### **4.3. Reflexões Sobre o Papel da Educação Física no Sistema Único de Saúde: Um Olhar Para as Políticas e Programas do Ministério da Saúde**

Fortalecida pelos diversos fatores apresentados anteriormente, como os avanços tecnológicos ocorridos desde o último século, as mudanças de comportamento, hábitos de vida e adoecimento da população, entre outros, a presença da educação física nos espaços de saúde pública brasileira vem crescendo, e com isto, vem aumentando também o quantitativo de professores vinculados as secretarias municipais e estaduais de saúde por todo o Brasil. Segundo Santos (2012), por exemplo, a educação física já ocupa o quinto lugar nas ocupações mais recrutadas pelos NASF. Além disso, é notável também a presença desses profissionais lotados

em espaços como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Hospitais, Centros de Referência, entre outros campos de intervenção.

Reconhecida como profissão de saúde no Brasil a partir da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997), a educação física e seus conteúdos se encontram presentes hoje em diversas resoluções, políticas e programas do MS. Sendo assim, o objetivo aqui é apresentar o entendimento do referido Ministério sobre atribuições e possibilidades de intervenção do profissional de educação física nos espaços de saúde pública no Brasil.

Para tanto, o tópico será construído tendo como principal fonte de dados as informações contidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012a), na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015), nas Diretrizes dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2010) e no Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2014). Mesmo assim, não serão desconsideradas informações contidas em outros documentos como a Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (BRASIL, 2003), ou o Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Brasil 2011-2022 (BRASIL, 2011a).

#### 4.3.1. A Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde no Processo de Consolidação da Educação Física no SUS

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou, no Brasil, a transferência de um modelo tradicional médico de saúde centrado na doença para um novo modelo, que tem como prioridade o fortalecimento da promoção, prevenção e reabilitação da saúde dos cidadãos e das comunidades (SILVA et al., 2014a).

No SUS, o cuidado com a saúde é organizado em níveis de atenção<sup>8</sup> e são distribuídos em básica, média e alta complexidade (BRASIL, 2004b). Entre seus princípios doutrinários estão a Universalidade de acesso (que garante acesso a saúde

---

<sup>8</sup> A atenção à saúde engloba todo o conjunto de ações, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo três grandes campos :1. Da assistência; 2. Das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e 3. Das políticas externas no setor saúde (NOB, 1996).

para todos os cidadãos em todos os níveis de atenção), a Equidade (que parte do princípio de “tratar desigualmente os desiguais”, buscando possibilitar oportunidades iguais de sobrevivência, desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade) e a Integralidade da atenção à saúde (que parte da compreensão de que o homem é um ser integral, biopsicossocial, e, sendo assim, deverá ser atendido com esta visão, por um sistema de saúde também integral e voltado para a promoção, proteção e recuperação de sua saúde) (BRASIL, 1990a). Além disso, o Sistema de saúde brasileiro é organizado a partir da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e da participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Sendo assim, o SUS é reconhecido por ser uma política de estado e um sistema de saúde, em construção e que busca, em seus princípios e diretrizes, a reformulação política e organizacional das ações de saúde no Brasil (BRASIL, 1990a). Este novo sistema se configura por defender um conceito ampliado de saúde e ter como um de seus lemas o entendimento que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990b, art. 1º).

No campo da assistência à saúde, o SUS tem se fortalecido, principalmente a partir de 1994, com o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), na atenção básica, ou atenção primária em saúde (APS)<sup>9</sup>, (MENDES, 2012; SILVA et al., 2014a). O investimento na atenção básica para a reorientação do modelo assistencial à saúde brasileiro, imprimiu uma nova dinâmica de atuação na saúde pública no Brasil, diferente dos modelos de atenção primária seletiva ou dos modelos de medicina familiar<sup>10</sup>, adotados no país até então, e mais

---

<sup>9</sup> A atenção básica em saúde para o SUS, constitui o primeiro nível de atenção à saúde adotada pelo SUS. É um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, objetivando solucionar os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2004a, p.30).

<sup>10</sup> Segundo Mendes (2012), a história da atenção primária à saúde no Brasil é formada por sete ciclos de desenvolvimento. Segundo o autor, com exceção do último ciclo, que se inicia em 1994 com a criação do PSF e está vigente até hoje, todos os outros seis partem, em maior ou menor medida, de

compatível e em maior conformidade, pelo menos no discurso, com os princípios e diretrizes do SUS (MENDES 2012; SILVA et al., 2014a).

Esta nova forma de organizar a atenção à saúde no Brasil, que percebe na atenção básica um direcionamento mais claro e adequado com a atual necessidade de saúde da população, contribuiu para mais adiante, mais precisamente em 2006, ser construída a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006b; SILVA et al., 2014a).

Regulamentada pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006 e posteriormente revisada pela portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2006c; 2011b), a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2012, é resultado de experiências acumuladas no processo de desenvolvimento e consolidação dos mais de vinte anos existência do SUS (BRASIL, 2012a). Ela traz em si, desde sua primeira versão, a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica a partir do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2007a; CARVALHO, 2006). É, ainda, um esforço do Ministério da Saúde de colocar em prática as prioridades definidas para a saúde pública no Brasil, como, por exemplo, a de “[...]consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006d, anexo I), definidas pelo Pacto Pela Saúde em 2006.

A transformação do PSF em ESF estabeleceu um novo ciclo da saúde pública no Brasil, sendo hoje a atenção básica em saúde, a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde e o principal meio para resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população (MENDES, 2012; BRASIL, 2004b; SILVA et al., 2014a).

Sendo assim, ordenada pelos princípios gerais de universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012a), a PNAB é uma das principais apostas do MS para a melhoria da cobertura e do acesso aos serviços de saúde do SUS e para o ordenamento das

---

uma visão da APS como um programa de atenção primária seletiva ou de mero nível de cuidados primários.

Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população. É, ainda, o principal documento que rege as ações de atenção primária à saúde no Brasil, tendo, também, servido como base para a construção de diversas outras políticas importantes para o SUS, como a PNPS, a Política Nacional de Humanização (PNH), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), entre outras, para a criação dos Cadernos de Atenção Básica, que se encontra hoje na publicação número 40, e para a consolidação e ampliação de espaços de intervenção importantes como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os NASF e os Consultórios de Rua, dentre outras. (BRASIL, 2012b).

No que diz respeito à área da educação física, as primeiras edições da PNAB não apresentam grandes avanços para a inserção deste professor na atenção básica. Entretanto, a nova PNAB, lançada em 2012 apresenta duas referências importantes para a educação física em seu texto: Uma primeira, e de grande relevância para a consolidação desta área do conhecimento na saúde pública, inclui o profissional/professor de educação física na composição das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família 1 e 2<sup>11</sup> ao lado de ocupações antigas e já consolidadas na saúde pública, como o médico, o psicólogo ou o farmacêutico; e uma segunda, que apresenta entre as ações vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), o incentivo as práticas corporais e atividades físicas nas escolas como meio de contribuir na promoção e prevenção da saúde dos escolares (BRASIL, 2012a).

Entretanto, mesmo que as primeiras versões da PNAB não acrescentem em seus escritos, referências sobre a educação física ou a importância das PCAF para a saúde, outros documentos importantes, que datam do mesmo período, e também alimentam

---

<sup>11</sup> Segundo a PNAB (2112), poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas. (BRASIL, 2012a, p. 73)

as ações da atenção básica, assumiram este papel. A exemplo disto destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>12</sup>.

Lançada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, a atual PNPS, publicada em 2015, representa o “comprometimento do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS” (BRASIL, 2015, p. 5) e tem como objetivo “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2015, p. 11).

Desta forma, a PNPS tem como ênfase a conscientização da população brasileira para a adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2015) e é pautada nos princípios de: a) reconhecer a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida; b) considerar a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização; e c) adotar como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, assim como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o MS e a PNPS, consideram que a temática da promoção da saúde é prioritária para o setor saúde e deve ser desenvolvida a partir da soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais voltados para o desenvolvimento de melhores condições de saúde geral e coletiva (OPAS/OMS, 1993; BRASIL, 2007a). Sendo assim, as ações de promoção da saúde podem, e devem ser desenvolvidas em todos os níveis de atenção à saúde.

---

<sup>12</sup> A promoção da saúde pode ser entendida como: a) um nível de prevenção da saúde (BRASIL, 2007a apud LEAVELL; Clark, 1976), significando realizar ações de saúde antes que um fator de risco se instale – e como exemplo temos as atividades de educação em saúde para adolescentes que não iniciaram a fumar; b) uma estratégia para alcançar melhor qualidade/condições de vida e saúde, que partindo de uma concepção ampla do processo de saúde-enfermidade e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, a articulação dos diferentes setores públicos (BRASIL, 2007a apud BUSS, 2000); e c) uma estratégia de produção de saúde articulada às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro que busca contribuir com as necessidades sociais em saúde, para além do enfoque da doença (CARVALHO, 2006, p.33)

Entretanto, por ser a atenção básica a “porta de entrada preferencial” dos usuários no SUS, estas ações têm sido priorizadas neste nível de atenção (CARVALHO, 2006).

No que se refere à área da educação física, ações voltadas para as PCAF são priorizadas na PNPS em todas as suas versões. Considerada como um dos oito temas prioritários<sup>13</sup>, para a referida política, a oferta das práticas corporais e atividades físicas devem ocorrer levando em consideração a cultura local das comunidades e incorporando o tema dos jogos, brincadeira, danças populares, ginásticas, esportes, entre outras práticas. Além disso, deve ser priorizado também o aconselhamento sobre a importância da adoção de hábitos de vida ativos para a saúde, a divulgação dos espaços públicos que oferecem PCAF e o incentivando para a melhoria das condições dos espaços públicos de atividade física (BRASIL, 2015)

Segundo Cruz e Malta (2014), a valorização das PCAF no processo de implementação da PNPS ocorreu, primeiro, devido às constatações epidemiológicas sobre os seus benefícios frente às doenças do aparelho circulatório e, segundo, ao acúmulo de experiências exitosas desenvolvidas no Brasil, e no mundo, no momento que precedeu a construção da PNPS. A exemplo disto estão o Programa Hiperdia<sup>14</sup>, lançado em 2001 pelo Governo Federal e o Programa Academia da cidade do Recife<sup>15</sup>, implementado em 2003 na cidade de Recife-PE, que apresentaram resultados exitosos no controle das DCNT e no incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos usuários do SUS, além do lançamento da Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde<sup>16</sup>, pela OMS em 2004, que colocou o tema da atividade física em posição de destaque nas discussões sobre o

---

<sup>13</sup> São temas prioritários previstos pela última versão da PNPS a: I. Formação e educação permanente; II. Alimentação adequada e saudável; III. Práticas corporais e atividades físicas; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; VI. Promoção da mobilidade segura; VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; e VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2015).

<sup>14</sup> O Programa Hiperdia, do Governo Federal, foi lançado pela Portaria nº 235, de 20 de fevereiro de 2001 e teve como objetivo, estabelecer a organização da assistência, prevenir e promover a saúde, através da vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão, diabetes e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2002b).

<sup>15</sup> O Programa Academia da Cidade de Recife, foi lançado em 2003 pelo Decreto Municipal nº 19.808, de 3 de abril de 2003 e tem por objetivo a “[...] implementação e desenvolvimento de ações que contemplem a prática de atividade física regular, de forma orientada e sistematizada, visando à promoção da saúde da população recifense, em suas diversas faixas etárias, com utilização de espaços públicos do Município do Recife” (RECIFE, 2003, p. 2).

<sup>16</sup> A Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, foi aprovada em maio de 2004 pela OMS na 57ª Assembleia Mundial da Saúde e propõe ações para a prevenção e o controle das DCNT (WHO, 2004).

controle das DCNT e incentivou o acréscimo das PCAF como uma das temáticas prioritárias da PNPS.

Outro elemento importante para a valorização das PCAF na PNPS, foram as informações coletadas pelo VIGITEL<sup>17</sup> nos últimos nove anos (CRUZ; MALTA, 2014; BRASIL, 2010). De acordo com os inquéritos realizados pelo referido sistema nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, os níveis de atividade física da população ainda são baixos, sendo que, segundo o último relatório, referente ao ano de 2014, apenas 35,3% da população adulta relata praticar 150 minutos ou mais de atividade física por semana em seu tempo livre (BRASIL, 2015b).

Esta constatação de que a prevalência de atividade física nos brasileiros ainda é baixa, levou o MS a investir mais nos estados e municípios, aumentando o repasse de recursos financeiros e incentivando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, despertando, com isto, um maior interesse por parte gestores locais em agregar às equipes de saúde do SUS profissionais da área da educação física (CRUZ; MALTA, 2014).

Tendo em vista os argumentos apresentados, é possível afirmar que a PNAB e a PNPS contribuíram de forma essencial para os avanços conquistados no campo da atenção à saúde do SUS nas últimas décadas (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2015). Da mesma forma, o modelo de organização da atenção à saúde estruturado a partir da atenção básica e o reconhecimento da temática das práticas corporais e atividade física como prioritária para a promoção da saúde dos cidadãos brasileiros, pode ser compreendido como alguns dos principais fatores que possibilitaram a consolidação da área da educação física como profissão de saúde do SUS, e ainda, posteriormente, ter influenciado a inclusão desta ocupação às equipes de apoio matricial do NASF e ao Programa Academias da Saúde do Governo Federal (SANTOS et al., 2014).

---

<sup>17</sup> O VIGITEL (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) é um sistema implantado em 2006 pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, que tem por objetivo o “[...]monitoramento contínuo da frequência e distribuição dos fatores de risco e proteção para as DCNT em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal” (BRASIL, 2007b, p.13).

#### 4.3.2. Práticas Corporais e Atividade Física no Contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e do Programa Academia da Saúde

Considerada a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde brasileiro e o principal meio para se resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância desta população (MENDES, 2012; BRASIL, 2004b; SILVA et al., 2014a), a atenção básica à saúde se configura hoje como um atendimento de baixa complexidade e alta tecnologia e recebe uma grande demanda de usuários com queixas e problemas de saúde de todos os tipos (CARVALHO, 2006).

Neste contexto, a principal estratégia da atenção básica vem sendo investir no acolhimento, no encontro e na conversa com o paciente, buscando compreender não apenas o seu problema ou a sua queixa, mas também o contexto em que este usuário está inserido. Deste modo, buscando qualificar os serviços prestados pela atenção básica no SUS, a Estratégia Saúde da Família tem se consolidado como a principal ação desenvolvida por este Sistema junto à população (CARVALHO 2006; MENDES 2012; SILVA et al., 2014a).

A ESF, constitui-se por ser um projeto proposto pelo MS, que visa a reestruturação da assistência à saúde prestada pelo SUS a partir da implantação de equipes multiprofissionais de saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MENDES, 2012; SILVA et al., 2014a, BRASIL, 2006b).

Cada uma destas equipes - constituídas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, podendo ainda ser acrescentada à equipe profissionais de saúde bucal (um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental) - tem por responsabilidade acompanhar até mil famílias (entre três mil e quatro mil e quinhentas pessoas) habitantes de determinado território, responsabilizando-se pelos cuidados e necessidades à saúde desses cidadãos (BRASIL, 2006b).

Entretanto, somente os serviços oferecidos pelas equipes de saúde da família não são suficientes para suprir a grande demanda e os diversos problemas de saúde que a atenção básica atende todos os dias. Nesse sentido, com o intuito de apoiar a ESF e aumentar a abrangência, o escopo das ações e a resolutividade dos problemas de saúde vivenciados pela comunidade, foram criados nos últimos anos pelo MS,

diversas equipes complementares e estruturas de apoio a APS no SUS (BRASIL, 2011c; SANTOS et al., 2014). Entre estas estruturas, encontram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o Programa Academia da Saúde do Governo Federal (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011d).

Criado a partir da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, são estruturas compostas por equipes multiprofissionais que têm por objetivo apoiar as equipes de saúde da família instaladas em determinados territórios. As principais estratégias de organização de apoio utilizadas pelo NASF são o apoio matricial<sup>18</sup>, a clínica ampliada<sup>19</sup>, o Projeto Terapêutico Singular (PTS)<sup>20</sup> e o Projeto de Saúde no Território (PST)<sup>21</sup>. Nesse sentido, um NASF não constitui porta de entrada para o SUS como a ESF, mas também não é uma estrutura desvinculada da atenção básica. Sendo assim, os

---

<sup>18</sup> O Apoio Matricial é o principal modelo de cuidados colaborativos do SUS e pretende, a partir da prática integrada à APS, estimular a construção de saberes, centrando a ação no sujeito e não na doença. Para tanto, as ocupações da área da saúde adotam um lugar de apoio, em contradição a uma lógica fragmentada e hierarquizada de trabalho. Neste sentido, o apoio matricial busca garantir uma retaguarda especializada e apoio técnico e pedagógico às equipes de saúde da família e se instrumentaliza por meio das capacitações, discussões de casos, intervenções conjuntas com as famílias e com a comunidade, oportunizando a ampliação das possibilidades de vínculo e trabalho clínico/sanitário, uma vez que, isoladamente, nenhum especialista, pode assegurar uma abordagem integral à saúde e estimular a autonomia do usuário (SANTOS et al., 2014; BRASIL, 2010; BRASIL, 2012).

<sup>19</sup> A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2010, p. 25)

<sup>20</sup> O Projeto Terapêutico Singular Constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um sujeito individual ou coletivo, realizada por uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. “[...] Representa o PTS, portanto, um momento de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações” (BRASIL, 2010, p. 27-28).

<sup>21</sup> O Projeto de Saúde no Território pretende ser uma estratégia das equipes de saúde da família e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território que tenham foco na articulação dos serviços de saúde com outros serviços e políticas sociais de forma a investir na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. O PST deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe, como uma idosa com “marcas de queda” e que pode ser vítima de violência. [...] O PST deve ser baseado na promoção da saúde, participação social e intersetorialidade, com a criação de espaços coletivos de discussão, onde sejam analisados a priorização das necessidades de saúde, os seus determinantes sociais, as estratégias e os objetivos propostos para a sua abordagem. É no espaço coletivo onde a comunidade, suas lideranças e membros de outras políticas e/ou serviços públicos, presentes no território, poderão se apropriar, reformular, estabelecer responsabilidades, pactuar e avaliar o projeto de saúde para a comunidade “[...] O PST auxilia ainda o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que trabalha com ações vinculadas à clínica, à vigilância e promoção da saúde” (BRASIL, 2010, 29-30).

pressupostos que fundamentam a atenção básica, como a territorialização, a educação permanente em saúde, integralidade, a participação social, a promoção da saúde e a humanização, também compreendem o NASF (BRASIL, 2010).

Para concretizar este trabalho em conjunto com a ESF, as equipes do NASF são formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Geralmente, estas equipes são definidas pelos gestores municipais da saúde em conjunto com as equipes de Saúde da Família dos territórios, priorizando sempre as necessidades específicas de cada população que será assistida (BRASIL, 2008; 2010).

Dentre os profissionais que podem compor as equipes do NASF estão o médico acupunturista, o assistente social, o profissional/professor de educação física, o farmacêutico, o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo, o médico ginecologista/obstetra, o médico homeopata, o nutricionista, o médico pediatra, o psicólogo, o médico psiquiatra, o terapeuta ocupacional, o médico geriatra, o médico internista, o médico do trabalho, médico veterinário, o arte educador e o profissional de saúde sanitaria. (BRASIL, 2008; 2010; 2012).

Estes profissionais, realizam suas atividades no NASF em nove áreas estratégicas que são: a 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; práticas corporais/atividade física; e práticas integrativas e complementares. Estas áreas, entretanto, não são exclusivas de nenhuma categoria profissional, a definição de qual(s) ocupação(s) deverá realizar as ações definidas pela equipe dependerá da necessidade da população e das características dos profissionais inseridos em cada equipe do NASF (BRASIL, 2010). Desta maneira, o NASF tem como foco central a promoção da saúde e o cuidado da população, com o intuito de responder aos novos e velhos desafios da morbimortalidade brasileira apontados pelas políticas de saúde, principalmente a PNPS, a exemplo estão o sofrimento psíquico, modificações no padrão nutricional, maior número de pessoas com co-morbidades, entre outros agravos (MENDONÇA, 2009).

No âmbito da educação física, o protagonismo se encontra no apontamento das PCAF como uma das ações estratégicas dos NASF. A definição desta temática como medida prioritária, teve como texto base a primeira versão da PNPS, que apontou a temática das práticas corporais e atividades físicas como uma das ações prioritárias para a

promoção da saúde no Brasil. Além disso, a valorização das PCAF no NASF representa uma das medidas do MS em concretizar a PNPS e um dos esforços em combater a grande prevalência de morbimortalidade da população brasileira em decorrência das DCNT (BRASIL, 2010; ANDRADE et al., 2014)

Neste contexto, cada vez mais o professor de educação física tem se tornado protagonista dentro nas equipes do NASF e nas ações de promoção da saúde na atenção básica do SUS. Considerada uma das ocupações mais recrutadas para atuar nestes espaços, estando atrás apenas de fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social, o PEF está presente hoje em quase metade das equipes do NASF por todo o Brasil, fato que evidencia que a presença deste profissional nos espaços de saúde pública tem sido cada vez mais comum e solicitada (SANTOS, 2012; SANTOS et al., 2014).

No NASF, a recomendação é que o PEF aborde a temática das PCAF a partir do reconhecimento de suas múltiplas manifestações, de forma que sejam valorizadas as práticas corporais em grupo, conhecidas e difundidas pelas comunidades locais em detrimento da ênfase na prática de exercícios físicos mecanizados, da performance humana e da avaliação antropométrica. Para tanto, é necessário que as equipes de saúde da família e do NASF atuem juntas no processo de planejamento e execução das ações de PCAF na atenção básica, contribuindo, por exemplo, na conscientização sobre a importância em se adotar hábitos de vida ativo, na construção dos grupos de usuários, na definição das práticas de PCAF que serão ofertadas às comunidades, entre outras ações (BRASIL, 2010).

Dentro desta perspectiva, estudos demonstram que a atuação do profissional de educação física nos NASF tem ocorrido com foco na construção de grupos educativos para a prática de atividades físicas (SANTOS et al., 2014). Entretanto, é importante salientar que a atuação deste profissional nos espaços de saúde pública não deve se limitar a prescrição e avaliação de exercícios físicos. Ela precisa, antes de tudo, acontecer em concordância com os princípios e diretrizes previstos para o SUS e com as propostas dos NASF.

Sendo assim, o trabalho desenvolvido pelos PEF nestes espaços deve ter como propósito também, a educação e a conscientização da comunidade acerca da importância em se adotar hábitos de vida saudáveis, ao mesmo tempo que busca, a partir da abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal difundidas

local e nacionalmente, promover a autonomia dos sujeitos, a inclusão social, a identificação do usuário com a cultura local, a organização da comunidade e a facilitação do acesso ao direito constitucional do lazer (BRASIL, 2010; SANTOS et al., 2014; SANTOS, 2012).

\*

Para além dos NASF, outro espaço que se tornou importante campo de atuação para a educação física no contexto da atenção básica foram as Academias da Saúde. Instituído pela Portaria Ministerial GM/MS nº 719 de 7 de abril de 2011, e posteriormente redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, a Academia da Saúde é um programa do Governo Federal ligado à atenção básica do SUS, que tem por intuito contribuir para a promoção da saúde, a produção do cuidado e a construção de hábitos de vida saudáveis por parte da população, por meio da implantação de polos de academia da saúde com infraestrutura adequada e profissionais qualificados (BRASIL, 2013a; 2014).

Assim como outras ações desenvolvidas no âmbito da saúde pública no Brasil, o Programa Academia da Saúde se materializa como mais um esforço do MS em promover políticas e programas de incentivo ao envelhecimento ativo, à promoção da saúde por meio da atividade física, e ao combate ao crescimento da morbimortalidade da população brasileira por condições crônicas (BRASIL, 2014; SANTOS et al., 2014).

Fruto de uma articulação entre a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), o Programa Academia da Saúde teve como marcos teóricos a PNPS, a PNAB, a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS e a Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os NASF (BRASIL, 2011d; 2014).

Além dos referidos documentos, a elaboração do programa, iniciada em 2010, foi influenciada também pelas informações coletadas com o VIGITEL, que demonstraram a necessidade de aumentar os níveis de atividade física na população brasileira, e as experiências acumuladas com os programas de atividade física desenvolvidos por todos Brasil no momento que precedeu a sua instituição, a exemplo destes programas estão o Hiperdia e o Programa Academia da Cidade de Recife, ambos apresentados anteriormente (CRUZ; MALTA, 2014).

Deste modo, o Programa Academia da Saúde é desenvolvido pelos municípios, em espaços, denominados de polos, vinculados ao território e constitui uma das portas de entradas da rede de saúde do SUS, sendo, portanto, responsável pela promoção da saúde, produção do cuidado, da autonomia e da prevenção de riscos à saúde. Dentre as atividades oferecidas pelos polos de Academia da Saúde estão as práticas corporais, as práticas artísticas (teatro, pintura, música e artesanato), a educação em saúde, a segurança alimentar e nutricional, além de outras ações que compõem o conjunto de atividades desenvolvidas pelas equipes do programa (CRUZ; MALTA, 2014; BRASIL, 2014).

As ações desenvolvidas dentro dos polos de academia da saúde devem ser elaboradas em conjunto entre os profissionais do programa, as equipes da ESF e as equipes do NASF de cada território (BRASIL, 2014). Nesta perspectiva, um polo de academia da saúde não é composto exclusivamente pelo profissional de educação física, mesmo que este desempenhe função fundamental dentro do polo. A equipe de academia da saúde, é multiprofissional, e assim como nas demais estruturas de atenção básica é composta por diversos profissionais da área da saúde, no caso específico da academia da saúde as ocupações mais recrutadas têm sido, o nutricionista, o profissional de educação física e o assistente social (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2014).

Sendo uma das estruturas da atenção básica, as academias da saúde atuam sobre a coordenação da atenção primária e em conformidade com os princípios e diretrizes da PNAB e da PNPS. Além disso, ações conjuntas com as demais estruturas da atenção básica, como o PSE, a ESF e os NASF, têm sido cada vez mais privilegiadas, pois, assim como no caso do NASF com a ESF, representam um meio de aumentar o escopo e a qualidade das ações desenvolvidas na atenção primária, além de contribuir no aumento da resolutividade dos problemas de saúde mais graves e comuns da população brasileira (BRASIL, 2011d; 2014; SANTOS et al., 2014).

Neste contexto, é importante salientar também que o Programa Academia da Saúde é considerado pelo Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022 do MS, como uma das medidas em destaque contra as DCNT e uma das principais estratégias em prol do aumento da prevalência de atividade física no Brasil. No documento – que tem por objetivo o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para as doenças crônicas a partir da

promoção, desenvolvimento e implantação de políticas públicas baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT – a academia da saúde compõe o Eixo II do plano e corresponde a uma das ações de promoção da saúde. A meta para este programa, é a implantação de cinco mil polos de academia da saúde em todo o Brasil até o fim do período do plano, 2022 (BRASIL, 2011a).

\*

Diante do exposto, é possível perceber que a presença do PEF no campo da saúde pública tem se tornado cada vez mais comum. Os costumes e os hábitos de vida da população brasileira na contemporaneidade, aliado ao novo cenário epidemiológico do Brasil, tem levado o MS e as secretarias de saúde estaduais e municipais de saúde a valorizarem cada vez mais o PEF e o conteúdo das PCAF nas ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde do SUS. Neste contexto, programas de incentivo aos hábitos de vida saudáveis e a adoção de um estilo de vida ativo têm sido um dos protagonistas na atenção primária do SUS.

Sendo assim, é importante investigar este novo campo emergente, investindo de maneira consciente em estudos e pesquisas tanto na graduação quanto na pós-graduação, procurando formar profissionais cada vez mais capacitados e comprometidos com o cenário desafiador que é a saúde pública no Brasil.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1. Delineamento do Estudo**

Com o intuito de responder a questão problema formulada, a presente pesquisa configurou-se como sendo um estudo descritivo-analítico, de revisão de literatura e com abordagem qualitativa, sendo que, para a construção da revisão de literatura, a metodologia utilizada foi a revisão integrativa.

Sendo assim, o estudo se constituiu como descritivo pois propôs observar, registrar e analisar o fenômeno da inserção da educação física na saúde pública brasileira, registrando e analisando as características desta inserção a partir de uma técnica padronizada de coleta dos dados (GIL, 2002), e se fez analítico pois buscou o aprofundamento das informações já disponíveis, procurando explicar o contexto deste fenômeno (THOMAS; NELSON, 1996).

Além disso, a pesquisa teve a intenção de responder o problema formulado a partir de uma análise com critérios qualitativos e com base em materiais e pesquisas já produzidas por outros estudiosos, configurando-se, portanto, como um estudo de revisão de literatura com abordagem qualitativa (GIL, 2002; MEDEIROS, 2006).

### **5.2. Sequência Metodológica**

O presente estudo buscou, a partir da pesquisa bibliográfica, reunir as produções de artigos científicos publicados no período entre 2005 e 2015, que tratassem sobre a temática da inserção da educação física no campo da atenção básica no Brasil.

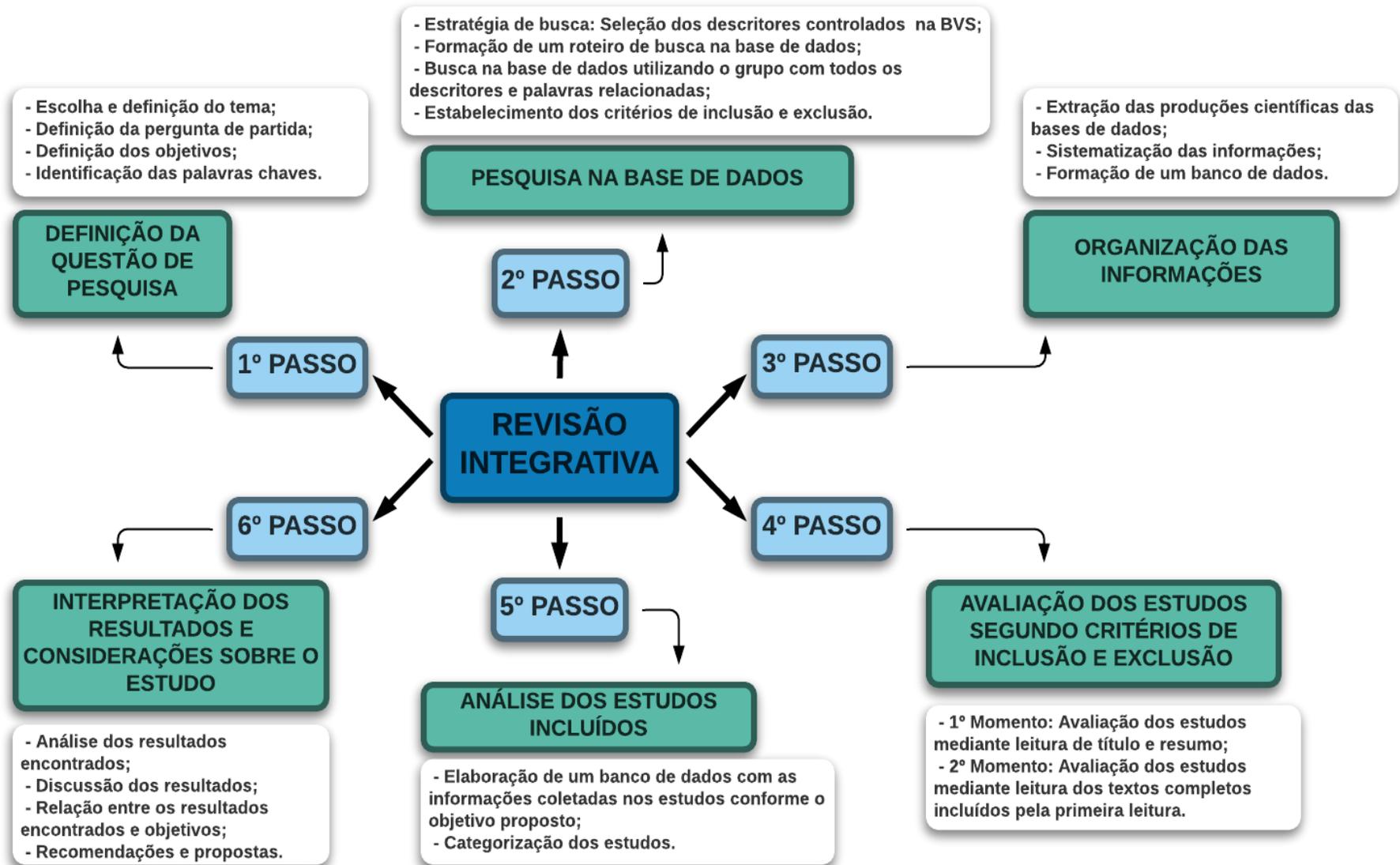
A revisão de literatura foi construída a partir dos passos metodológicos de uma revisão integrativa sugeridos por Mendes, Silveira e Galvão (2008). Segundo os autores, este método de pesquisa permite a síntese de diversos estudos publicados sendo possível, com isto, serem tiradas conclusões gerais sobre o tema ou a área de pesquisado.

Segundo os referidos autores, a revisão integrativa é um estudo típico da área da saúde e inclui a “análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.

759). Neste sentido, a revisão integrativa possibilita a síntese da produção bibliográfica produzida em determinada área do conhecimento, permitindo aos pesquisadores e profissionais da saúde a percepção da realidade de algum assunto, as experiências exitosas que podem ser reproduzidas nos demais campos de atuação, ou ainda as lacunas que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É importante destacar ainda, que para a construção de uma revisão integrativa relevante e com a capacidade de produzir uma análise que influencie as tomadas de decisão e contribua para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos no campo da saúde pública, é necessário que as etapas propostas para a construção deste tipo de estudo sejam seguidas e descritas de forma clara (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Sendo assim, a sequência de passos utilizada para a construção desta revisão integrativa pode ser vista a seguir na Figura 1 e será cuidadosamente apresentada nos próximos itens.



FONTE: Adaptado de MENDES; SIVEIRA; GALVÃO (2008).

Figura 1 Sequência de passos para a construção da Revisão Integrativa da Literatura utilizada na pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”.

### 5.2.1. 1º Passo – Definição da Questão de Pesquisa

Uma revisão integrativa, assim como a maioria das pesquisas científicas, se inicia com a definição da questão problema e a formulação de hipóteses que poderão responder o problema proposto ao fim do estudo.

Sendo assim, o primeiro passo para o desenvolvimento desta pesquisa foi a escolha do tema e do problema que permeariam todo o estudo. Neste sentido, foi escolhida a temática relacionada à inserção da educação física na atenção básica brasileira como tema a ser estudado, pois este ainda é um campo relativamente novo, visto que a inserção da educação física no SUS ainda é recente em comparação com outras ocupações, e com isso, ainda representa um espaço de atuação pouco explorado e conhecido pelos profissionais de saúde, em especial pelo próprio profissional de educação física.

Pautado em indícios e motivações como as apontadas acima, foi definido como questão problema para esta pesquisa: Como a educação física vem sendo inserida no SUS, a partir da atuação do professor de educação física na atenção básica, nos últimos 10 anos, à luz dos artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais?

A partir da formulação do problema foram definidos os objetivos a serem alcançados por esta pesquisa, item 3 deste estudo, e sugeridas algumas hipóteses que poderiam ao final da pesquisa se concretizar, ou não, como a respostas para a questão problema. Dentre as possíveis respostas apontadas destacaram-se:

- Os professores de educação física estão pouco presentes nas equipes multiprofissionais de saúde da atenção básica e, por muitas vezes, desenvolve o seu trabalho com a comunidade de forma isolada ou com pouco diálogo com as demais ocupações dos espaços em que atua;
- O número de produções científicas que propõem o debate entre educação física, saúde pública e SUS é escasso;
- O papel que o profissional de educação física desempenha nos espaços da atenção básica do SUS têm se limitado a prescrição, orientação e avaliação de exercícios físicos sistematizados, se afastando assim da proposta de incentivar e possibilitar que os usuários experimentem e pratiquem as diferente práticas

corporais disseminadas nas comunidades, entre outras propostas que são apresentadas nas diretrizes governamentais para a atuação do profissional de educação física no SUS;

#### 5.2.2. 2º Passo – Pesquisa na Base de Dados

A Base de Dados eletrônica utilizada como fonte para a seleção e coleta dos artigos selecionados foi a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Coordenado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), o LILACS é o maior e mais abrangente índice da produção científica e técnica produzida na área das Ciências da Saúde e publicada na América Latina e no Caribe. Com 909 periódicos cadastrados e mais de 700.000 registros, no LILACS são reunidos os mais variados tipos de documentos, como artigos científicos, teses, dissertações, anais de congressos, livros e etc. O LILACS representa ainda um esforço coletivo entre a OPAS, a OMS e a BIREME para registrar e difundir a produção intelectual produzida na América Latina e no Caribe na área da saúde (LILACS, 1989).

Sendo assim, a escolha da LILACS como meio para a obtenção dos artigos ocorreu pelo fato desta ser a maior e mais abrangente base de dados da produção científica da América Latina e do Caribe, garantindo assim uma busca mais abrangente dos artigos científicos publicados e também possibilitando a localização de uma maior quantidade de produções científicas.

Definida a base de dados a ser utilizada, o passo seguinte teve por objetivo a definição dos descritores, ou termos, ou palavras-chave que foram utilizados para as pesquisas no buscador do LILACS. A identificação e escolha destes descritores foi feita com consulta no endereço eletrônico dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e dele foram extraídos os descritores controlados no idioma português, inglês e espanhol e os sinônimos e termos correlatos de cada descritor. Os descritores escolhidos, seus sinônimos e a definição de cada um pode ser visualizada nos quadros 1 e 2 apresentados a seguir:

Quadro 1 – Descritores em Saúde Coletiva (DeCS) sobre educação física utilizados para a busca dos artigos utilizados no estudo “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”.

<b>DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECS) SOBRE EDUCAÇÃO FÍSICA UTILIZADOS PARA A CONSULTA NA BASE DE DADOS DO LILACS</b>			
<b>GRUPO</b>	<b>DESCRITORES</b>	<b>SINÔNIMOS EM PORTUGUÊS</b>	<b>DEFINIÇÃO NO DeCS</b>
<b>EDUCAÇÃO FÍSICA</b>	- Educação Física e Treinamento - Physical Education and Training - Educación y Entrenamiento Físico	-Educação Física -Educação e Treinamento Físico	Programa de instruções para o cuidado e desenvolvimento do corpo, frequentemente em escolas.
	- Atividade motora - Motor Activity Actividad Motora	-Atividade Locomotora -Atividade Física	Atividade física de um humano ou de um animal como um fenômeno comportamental.
	- Exercício - Exercise - Ejercicio	-Exercício Aeróbico -Exercício Isométrico -Exercício Físico -Atividade Física para Idoso	Atividade física geralmente regular e feita com a intenção de melhorar ou manter a aptidão física ou a saúde.

Quadro 2 – Descritores em Saúde Coletiva (DeCS) sobre saúde pública utilizados para a busca dos artigos utilizados no estudo “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”.

<b>DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DECS) SOBRE SAÚDE PÚBLICA UTILIZADOS PARA A CONSULTA NA BASE DE DADOS DO LILACS</b>			
<b>GRUPO</b>	<b>DESCRITORES</b>	<b>SINÔNIMO EM PORTUGUÊS</b>	<b>DEFINIÇÃO NO DeCS</b>
<b>SAÚDE PÚBLICA</b>	- Saúde Pública - Public Health - Salud Pública	-Saúde Coletiva  -História da Saúde Pública	Ramo da medicina voltado para a prevenção e o controle de doenças e deficiências, e para a promoção da saúde física e mental da população tanto nos níveis internacional e nacional, como no estadual ou municipal.
	- Atenção Primária à Saúde - Primary Health Care - Atención Primaria de Salud	-Serviços Básicos de Saúde  -Assistência à Saúde  -Serviços de Saúde	É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação. (Declaração de Alma-Ata - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003)
	- Sistema Único de Saúde - Unified Health System - Sistema Único de Salud	-Sistema Único de Saúde (SUS)  -Sistema Único de Saúde	Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. (Lei 8080 de 19/set/1990 - Lei Orgânica da Saúde)

Os descritores escolhidos foram organizados em uma sequência de busca. Esta sequência foi construída utilizando os operadores booleanos: AND, OR e ASPAS e se restringiu a artigos científicos publicados entre os anos de 2005 e 2015<sup>22</sup>, sendo excluídos, portanto, os estudos que foram publicados em outros períodos e as demais produções científicas, como teses, dissertações, livros, anais de congressos, dentre outras<sup>23</sup>. Desta busca, foram encontrados 198 artigos científicos e a sequência inserida no campo de busca do LILACS pode ser visualizada no Quadro 3 apresentado a seguir:

---

<sup>22</sup> A escolha pelo marco temporal, entre 2005 e 2015, ocorreu com o intuito de incluir nesta pesquisa artigos científicos que apresentassem elementos sobre a inserção da educação física na atenção básica do SUS, desde o período de construção e lançamento da PNPS até os dias atuais. Deste modo, partiu-se do pressuposto que foi, a partir desse período, que a área da educação física aumentou o seu protagonismo dentro da saúde pública brasileira, estando, com isto, presente com maior frequência em documentos oficiais do MS, em ações governamentais em saúde pública e, conseqüentemente, em publicações científicas relacionadas ao tema.

<sup>23</sup> A busca realizada no LILACS obedeceu cuidadosamente às instruções disponíveis em um tutorial intitulado “Como Pesquisar” disponibilizado no sítio eletrônico da referida base de endereço: <[http://lilacs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2011/03/lilacs\\_Intro\\_pt.swf](http://lilacs.bvsalud.org/wp-content/uploads/2011/03/lilacs_Intro_pt.swf)>

Quadro 3: Síntese da sequência utilizada para a busca dos artigos científicos no LILACS utilizada na pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”.

<b>SEQUÊNCIA UTILIZADA PARA A PESQUISA NA BASE DE DADOS DO LILACS, UTILIZANDO DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DeCS), ABRANGENDO ARTIGOS CIENTÍFICOS NO PERÍODO DE 2005-2015</b>	
<b>DeCS</b>	<b>Nº DE PRODUÇÕES CIENTÍFICAS</b>
tw:(((mh:"Educação Física e Treinamento" OR mh:"Physical Education and Training" OR mh:"Educación y Entrenamiento Físico") OR (tw:"Educação Física" OR tw:"Educação e Treinamento Físico") OR (mh:"Atividade motora" OR mh:"Motor Activity" OR mh:"Actividad Motora") OR (tw:"Atividade Locomotora" OR tw:"Atividade Física") OR (mh:Exercício OR mh:Exercise OR mh:Ejercicio) OR (tw:"Exercício Aeróbico" OR tw:"Exercício Isométrico" OR tw:"Exercício Físico" OR tw:"Atividade Física para Idoso")) AND ((mh:"Saúde Pública" OR mh:"Public Health" OR mh:"Salud Pública") OR (tw:"Saúde Coletiva" OR tw:"História da Saúde Pública") OR (mh:"Atenção Primária à Saúde" OR mh:"Atención Primaria de Salud" OR mh:"Primary Health Care" OR tw:"Serviços Básicos de Saúde" OR tw:"Assistência à Saúde" OR tw:"Serviços de Saúde") OR (mh:"Sistema Único de Saúde" OR mh:"Sistema Único de Salud" OR mh:"Unified Health System") OR (tw:"Sistema Único de Saúde (SUS)" OR tw:"Sistema Único de Saúde"))) AND (instance:"regional") AND (db:("LILACS")) AND year_cluster:("2012" OR "2011" OR "2009" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2010" OR "2007" OR "2005" OR "2006" OR "2008") AND type:("article"))	<b>198</b>

### 5.2.3. 3º Passo – Organização das Informações

Após a etapa de pesquisa dos artigos na base de dados do LILACS, foi elaborado um banco de dados no programa Microsoft Office Excel 2013, contendo todas as

referências dos artigos científicos encontrados, como o título, a base de dados, os autor(es), a referência e a classificação.

#### 5.2.4. 4º Passo – Avaliação dos estudos segundo critérios de inclusão e exclusão

Construído o banco de dados com as referências dos artigos científicos encontrados, foi iniciada a etapa de seleção e avaliação destes estudos. Esta avaliação ocorreu em duas fases de seleção sendo:

- 1º fase de seleção: inclusão, ou não, dos textos a partir da leitura dos títulos, resumos e palavras chave, buscando identificar se o assunto tratado em cada artigo faz referência com a temática da inserção da educação física na atenção básica brasileira.
- 2º fase de seleção: leitura dos textos na íntegra nas situações em que a triagem inicial, que se deu por meio da leitura do título, resumo e palavra-chave, gerou dúvida sobre a inclusão, ou não, do artigo no estudo. Este procedimento fez-se necessário para uma melhor seleção dos artigos científicos encontrados na base de dados do LILACS e para evitar a exclusão de estudos que poderiam trazer informações importantes para esta pesquisa.

Os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos estudos que se tornaram objetos de estudo desta pesquisa estão apresentados a seguir:

#### **Critérios de inclusão**

- Publicações em forma de artigos científicos, publicados na língua inglesa, portuguesa ou espanhola, anexados na base de dados do LILACS, no período entre 2005 e 2015 e relacionados com a temática da inserção da educação física na atenção básica.

Entretanto, as buscas trouxeram estudos que não se enquadraram com o objetivo desta pesquisa, sendo assim, foram **excluídos** os:

- Artigos científicos que não apresentaram relação com o tema da “educação física na atenção básica”;
- Artigos científicos que não responderam aos objetivos desta revisão integrativa;

- Artigos científicos publicados fora do período determinado (entre 2005 e 2015);
- Estudos duplicados ou repetidos;
- Artigos científicos sobre a “educação física na atenção básica”, que não pesquisaram realidades brasileiras.

A partir desta seleção, foram incluídos no estudo, e encaminhados para a etapa de análise, 40 artigos científicos.

O quantitativo de artigos científicos descartados e os motivos que levaram a exclusão do artigo nesta pesquisa pode ser visualizado e está apresentada abaixo no Quadro 4:

Quadro 4 – Motivos de exclusão de estudos na etapa de leitura e seleção dos artigos científicos segundo critérios de inclusão e exclusão, referentes a pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”.

<b>MOTIVO DA EXCLUSÃO - FASE DE LEITURA E SELEÇÃO SEGUNDO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO</b>	<b>Nº</b>
Artigos científicos que não apresentaram relação com o tema da “educação física na atenção básica”.	96
Artigos científicos que não responderam aos objetivos desta revisão integrativa.	48
Artigos científicos publicados fora do período determinado (entre 2005 e 2015).	0
Estudos duplicados ou repetidos.	2
Artigos científicos sobre a “educação física na atenção básica”, que não pesquisaram realidades brasileiras.	12
<b>TOTAL</b>	<b>158</b>

#### 5.2.5. 5º Passo – Análise dos estudos incluídos

Para a análise das informações contidas nos artigos científicos incluídos neste estudo, foi construído inicialmente um instrumento que teve por intenção a organização das informações e das características de cada artigo. Este instrumento está disponibilizado no Apêndice A, e reuniu as informações relacionadas:

- Ao objetivo de cada estudo;
- Às palavras-chave;
- À metodologia utilizada na construção de cada artigo, destacando o delineamento do estudo, a estratégia utilizada para coleta e análise dos dados; o local em que a pesquisa foi realizada e o público pesquisado;

- Aos resultados encontrados;
- Às conclusões.

Além dos tópicos destacados acima, foi adicionado ao instrumento um espaço destinado às observações e informações relevantes que não se encaixaram nos tópicos anteriores. Com isto, foi possível reunir e categorizar as principais características e informações contidas em cada um dos artigos científicos incluídos. Além disso, estas informações também contribuíram para a construção dos temas, ou categorias de análise, que permearam a discussão desta pesquisa, foram elas:

- A educação física na atenção básica;
- O professor de educação física na atenção básica
- A formação em educação física para a atuação no SUS;

#### 5.2.6. 6º Passo – Interpretação dos resultados e considerações sobre o estudo

A interpretação dos resultados foi feita de forma qualitativa e buscou perceber elementos relacionados às categorias de análise propostas no tópico anterior. Partindo do método de análise de conteúdo (BARDIN, 1977; CAMPOS, 2004), que segundo Campos (2004, p.616) se configura como “um conjunto de técnicas que busca a percepção dos sentidos de um documento”, os resultados encontrados foram correlacionados com os objetivos deste estudo e serão discutidos no próximo capítulo.

Por fim, o fluxograma a seguir apresenta o resumo do processo de seleção dos artigos científicos incluídos nesta revisão. Já os títulos e as referências de cada um dos estudos incluídos, podem ser visualizados no Apêndice B:

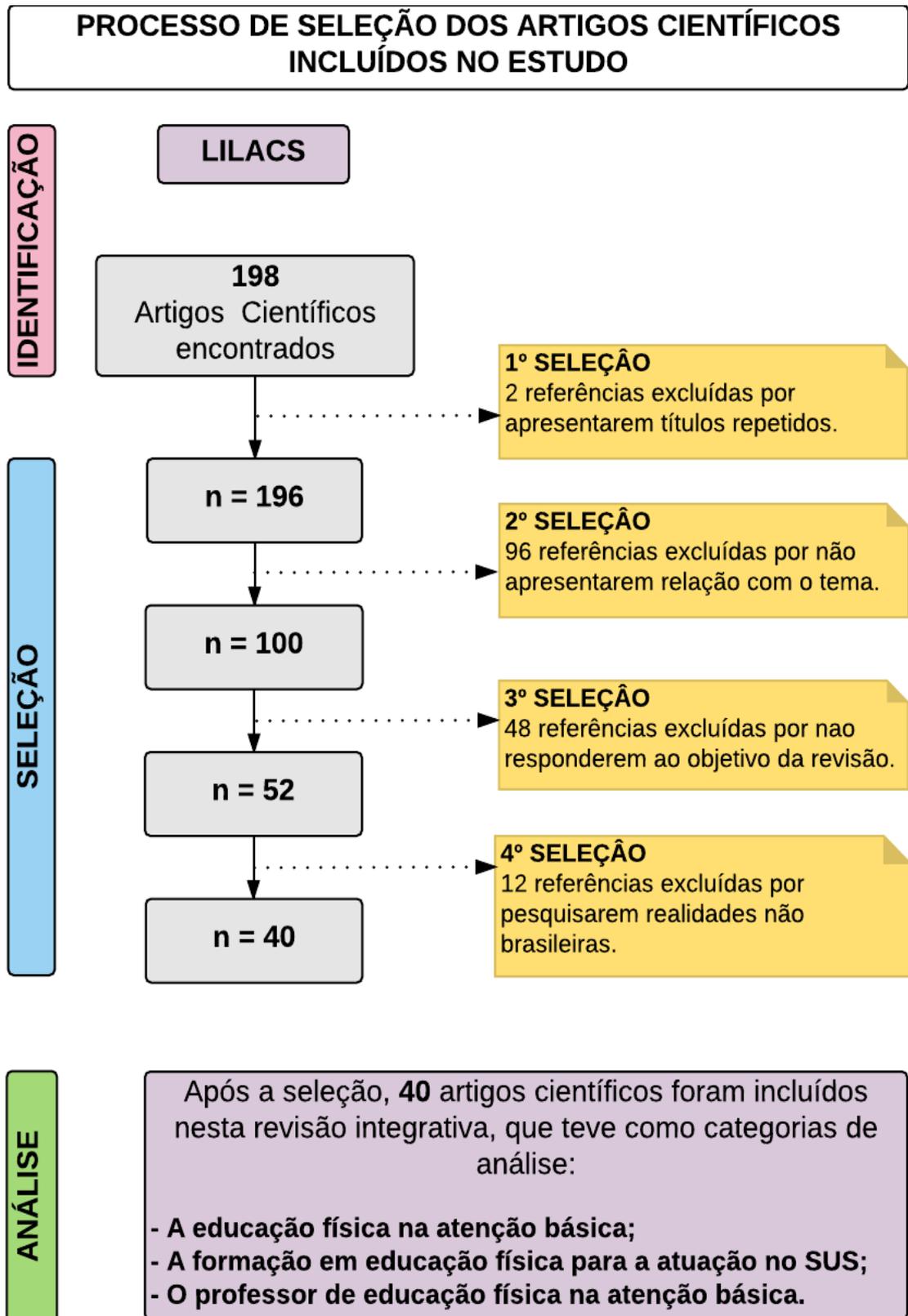


Figura 2: Fluxograma da seleção dos artigos científicos incluídos na pesquisa “A Educação Física na Atenção Básica do SUS: Uma revisão integrativa”.

### **5.3. Aspectos Éticos**

No que tange os aspectos éticos, é importante ressaltar que esta pesquisa não foi submetida ao comitê de ética, pois trata-se de um estudo secundário, onde foram analisados artigos científicos disponíveis em bases de dados, sendo estas de domínio público. Além disso, as fontes dos textos e autores pesquisados foram divulgados e estão disponíveis nos apêndices deste estudo.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O objetivo desta revisão foi de analisar a inserção da educação física na atenção básica em saúde no Brasil, a partir de artigos científicos publicados na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no período entre 2005 e 2015.

Para tanto, foram extraídos do LILACS os estudos que discutiam a temática da educação física na atenção básica em saúde no Brasil nos últimos 10 anos. Quarenta (40) artigos científicos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e foram selecionados para compor o banco de dados desta revisão.

Como categorias de análise, foram selecionados os temas “A educação física na atenção básica”; “A formação em educação física para a atuação no SUS”; e “O professor de educação física na atenção básica”. A partir destas categorias, o presente capítulo buscou contribuir com o debate sobre a inserção da educação física na atenção básica do SUS, relacionando cada temática com as informações contidas nos artigos científicos, com diretrizes e ações governamentais e com outros estudos que se empenham em aprofundar o debate sobre a inserção da educação física no SUS.

### **6.1. A educação física na atenção básica**

Se considerarmos que a inclusão da educação física na saúde pública brasileira data de 1997, a partir da publicação da Resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997), e que as ações estatais no campo da saúde acontecem no Brasil desde o século XIX, com a vinda da família real para o Brasil (BRASIL, 2004c), é possível afirmar que a presença desta área do conhecimento nas políticas públicas, ações e programas estatais em saúde ainda é algo recente.

Mesmo assim, ações do MS que incluem conhecimentos e profissionais da área da educação física têm aumentado nos últimos anos e é na atenção básica, que a presença deste profissional tem sido mais evidente.

### 6.1.1. O papel da educação física na saúde pública brasileira e os hábitos de vida da população

Os estudos pesquisados apontaram, em sua maioria, que o principal motivo que contribuiu para o ingresso da educação física na saúde pública e na atenção básica brasileira, está relacionado com as comprovações científicas sobre os benefícios da prática de atividade física regular e da adoção de um estilo de vida fisicamente ativo para a saúde.

Sobre este pressuposto, o principal argumento apresentado foi de que a atividade física, praticada por pelo menos 150 minutos semanais no tempo livre e em intensidade alta ou moderada, possui potencial para intervir positivamente na saúde da população, assim como também orientam a OMS e o MS (WHO, 2010; BRASIL, 2015b). Este argumento é reforçado, na medida em que o sedentarismo e a inatividade física são apresentados como um dos grandes problemas de saúde pública em nosso país, sendo, também, um dos principais fatores de risco para a aquisição de DCNT (diabetes, hipertensão arterial, obesidade, osteoporose, doenças cardiovasculares, entre outras).

Este posicionamento pôde ser evidenciado em estudos como os de Lopes et al (2014), Giraldo et al (2013), Goersh et al (2012), Hallal (2011), Hallal et al (2010), Malta et al (2008), Nakamura et al (2010), Kokubun et al (2007), entre outros, que apontaram a inatividade física e o sedentarismo como um dos principais fatores que podem gerar riscos à saúde dos brasileiros, devido à sua relação com o adoecimento por condições crônicas e degenerativas. Ou ainda em falas como as de Falci e Belisário (2013), que argumentaram que:

A partir do reconhecimento da importância da atividade física para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônico-degenerativas, importantes causas de morbimortalidade no Brasil, houve, ainda que de forma incipiente, o aumento da demanda pelos PEF na APS (FALCI; BELISÁRIO, 2013, p. 886).

Logo, nos artigos pesquisados, foi evidenciado que a inserção da educação física na atenção básica à saúde no Brasil possuiu relação intrínseca com o quadro epidemiológico da população brasileira nas últimas décadas, sendo o combate ao

sedentarismo e às DCNT, a partir do incentivo, prescrição, monitoramento e avaliação dos usuários quando à prática da atividade física, a sua maior missão dentro do SUS.

Entretanto, é importante ressaltar que a educação física é uma área do conhecimento ampla e que não se limita à prática de atividades físicas ou aos benefícios biológicos para a saúde adquiridos com esta prática (CARVALHO; FREITAS, 2006). Além disso, a escolha em aderir, ou não, à um estilo de vida fisicamente ativo não acontece de forma simplificada, como muitas vezes é apresentada. Ela é complexa, contraditória e se relaciona diretamente com as formas de organização da sociedade e com os determinantes sociais da saúde. (CARVALHO; FREITAS, 2006; LOURENÇO, 2006; SILVA et al., 2014b)

Partindo deste pressuposto, alguns estudos analisados evidenciaram que o conhecimento sobre os benefícios biológicos obtidos a partir da prática de atividade física, não são suficientes para mobilizar a sociedade a mudar o seu estilo de vida. Este posicionamento pode ser percebido em estudos como os de Carvalho e Freitas (2006, p.490) que evidenciaram que “[...] de pouco adianta as pessoas em geral saberem que a atividade física favorece a saúde se a sociedade não se preocupa em favorecer a prática e não garante condições para uma atividade física orientada, adequada e responsável”.

Corroborando com este raciocínio, Bonfim, Costa e Monteiro (2012) evidenciaram alguns dos fatores que influenciam a adesão, ou não, a um estilo de vida fisicamente ativo e a escolha por praticar atividade física no tempo de lazer. A renda, o nível educacional, a ocupação profissional, a falta de suporte social, distância a locais adequados para a prática e a falta de aconselhamento profissional foram alguns dos fatores percebidos. Sendo, as pessoas com menor renda e nível educacional, habitantes de regiões mais precárias e distantes de espaços públicos adequados para a prática de atividade física, as mais propensas ao sedentarismo. Para os autores, os motivos que dificultam a adesão deste grupo populacional estão relacionados à diversos fatores. Podem-se citar, por exemplo, que as ocupações profissionais de menor rentabilidade estão muitas vezes relacionadas com maiores demandas de trabalho corporal, que podem implicar em um maior desgaste físico com a rotina de trabalho e a conseqüente falta de energia para praticar atividades físicas no tempo livre (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012).

Outro motivo, ligado a falta de tempo ou a dificuldade no deslocamento à espaços de atividade física, pode estar associado, primeiro, ao grande tempo gasto diariamente com o deslocamento para o trabalho devido às más condições do transporte público, que é o principal meio de transporte deste grupo populacional, e, segundo, com o fato de que os espaços para a prática de atividade física geralmente estão concentrados nas regiões com população de maior poder aquisitivo (LOURENÇO, 2006).

Sobre este segundo argumento, Silva et al (2014b) evidenciaram que na cidade de Cuiabá-MT, a maioria dos espaços destinados à prática de atividade física estão concentrados nas regiões Leste da cidade, onde habitam a população de maior poder aquisitivo, enquanto na região Oeste, ocupada em sua maioria pela população de menor renda, a evidência destes espaços é pequena, apenas 8% do total.

Esta relação entre a renda e a oferta de espaços para a prática de atividades física, principalmente de caráter público, tem sido evidenciada também em outras cidades, sendo considerada por Silva et al (2014b, p. 59) “[...]uma tendência predominante em diversas cidades brasileiras”. Em Curitiba-PR, por exemplo, é na região centro-sul que encontramos maior carência de parques com equipamentos de lazer gratuitos, sendo esta também, a região em que habita a população de mais baixa renda do município (OLIVEIRA; RECHIA, 2009).

Dessa forma, é possível perceber com o exposto, que a escolha por aderir, ou não, a um estilo de vida fisicamente ativo não ocorre de forma simples e uniforme para todas as camadas da população. Estas escolhas são influenciadas por diversos fatores determinantes, como a organização do trabalho, a divisão sociogeográfica do território e da população, o transporte público, o acesso a educação e os interesses políticos existentes por trás das políticas públicas implementadas nas três esferas de governo (DAMICO, 2011; AMORIM, 2013).

A partir deste cenário, considera-se que “[...] para que a atividade física signifique saúde para aquele que a pratica, é preciso ir além dos dados físicos e biológicos e considerar também a dimensão afetiva e subjetiva dos grupos na relação com esse tipo de cuidado” (CARVALHO; FREITAS, 2006, p.489). Em outras palavras, a argumentação das autoras ao evidenciarem a importância em se refletir sobre a produção da saúde para além da dimensão biológica da vida, faz referência a um dos grandes desafios da saúde pública brasileira, que é o de superar concepção médica,

hospitalocêntrica, curativista e individualizada da saúde, ainda hegemônica nos serviços de saúde do Brasil (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

Neste sentido, o papel do professor de educação física na atenção básica não deve se restringir a prescrição de exercícios físicos, medição da composição corporal e das medidas antropométricas dos sujeitos, orientação sobre os benefícios da prática de atividade física para a saúde e a avaliação dos resultados biológicos obtidos com sua prática. Este posicionamento pode ser evidenciado também em outros estudos analisados como os de Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012), Becalli e Gomes (2011), Bonfim, Costa e Monteiro. (2012), Florindo (2009); Damico (2011), entre outros, que levantaram a importância de se construir uma ação pedagógica da educação física na atenção básica visando a prevenção, promoção, proteção e a recuperação da saúde dos grupos e populações, em vista aos determinantes sociais em saúde apresentados no conceito de saúde construído pela VIII Conferencia Nacional de Saúde.

Este posicionamento se aproxima do defendido por Moretti et al (2009) que apontam que:

É importante pensarmos que a inserção de um programa de prática corporal/atividade física, integrada a uma política pública de promoção de saúde e direcionada à população, deve estar fundamentada em um processo educativo que vá além da transmissão de conhecimentos, aumento no nível de atividade física e/ou aquisição de determinantes relacionados à aptidão física, como força e flexibilidade. Deve estar focado no comprometimento de todos os atores envolvidos para a “mobilização dos educandos em direção ao “ser mais”, tentando superar as limitações e opressões de sua vida” (MORETTI et al., 2009, p. 353).

Neste sentido, alguns estudos como os Carvalho e Freitas (2006) e Bonfim, Costa e Monteiro (2012), levantaram a possibilidade de uma inserção da educação física na atenção básica com base nas práticas corporais<sup>24</sup> de caráter coletivo, proporcionando, a partir de conteúdos clássicos da educação física (como as danças, as modalidades esportivas, as lutas, os exercícios físicos, as ginásticas, os jogos e brincadeiras, entre outras), uma nova possibilidade, mais estimulante, inclusiva (na medida em que os grupos não são restritos à determinadas faixas etárias, com nível de aptidão física ou patologias pré-estabelecidas), prazerosa, participante (pois possibilita a participação

---

<sup>24</sup> As questões relacionadas às práticas corporais, atividade física e saúde está apresentado no tópico 4.2. deste estudo.

dos usuários e participantes dos grupos de práticas corporais nas tomadas de decisão) e não-punitiva de oferecer o movimento, e a atividade física, aos usuários do SUS.

Ao mesmo tempo, Carvalho e Freitas (2006) apontam que um trabalho voltado para as práticas corporais, possibilita a construção de vínculos mais fortes entre PEF, equipe de saúde da família e comunidade atendida, valorizando o indivíduo na sua integralidade, na medida em que a visão sobre os sujeitos, passa a acrescentar, também, as dimensões psicológicas, afetivas e relacionais que são inerentes à vida.

Em vistas a estes posicionamentos, é possível perceber que a aproximação da educação física com a saúde pública no Brasil, e com a atenção básica, ocorreu tendo em vista os estudos epidemiológicos em saúde referentes às DCNT. Porém, as potencialidades para a sua inserção no âmbito da atenção básica e o papel desempenhado por este profissional junto ao SUS, é percebida por pelo menos duas formas distintas nos artigos analisados.

Uma primeira, que parte do pressuposto de que a atividade física regular e orientada possui caráter preventivo, e até mesmo curativo, às DCNT, cabendo à educação física no SUS combater estes agravos a partir do incentivo, prescrição, monitoramento e avaliação dos usuários quanto à prática da atividade física, no intuito de formar indivíduos mais ativos fisicamente e conseqüentemente mais saudáveis (KOKUBUN et al., 2007; NAKAMURA et al., 2010; GIRALDO et al., 2013).

E, uma segunda vertente, que mesmo defendendo que a adoção de hábitos de vida fisicamente ativos pode trazer benefícios para a saúde, busca perceber as implicações e contradições que permeiam as escolhas entre ser, ou não, ativo fisicamente. Ao mesmo tempo, busca, a partir das práticas corporais, extrapolar a compreensão da atividade física como um estímulo biológico que gera gasto energético acima dos níveis de repouso, promovendo em sua ação pedagógica, a formação de sujeitos críticos, autônomos, atuantes na sua comunidade, conhecedores dos seus corpos, dos seus limites e conscientes da sua situação de saúde e do lugar que ocupam na sociedade (CARVALHO, 2006; DAMICO, 2011).

### 6.1.2. Políticas públicas de saúde e a inserção da educação física no SUS

No que tange às políticas públicas em saúde, grande parte dos artigos analisados evidenciaram que a educação física se tornou mais presente e relevante no SUS a partir da última década, principalmente a partir da aprovação da PNPS, em 2006 (ROMEIRO et al., 2013; CODOGNO et al., 2012; SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012; HALLAL, 2010; FLORINDO, 2009; MALTA et al., 2009; MALTA et a, 2008; GOMES; DUARTE, 2008; PASQUIM, 2010). Esta afirmação pode ser explicada a partir do fato de que, com a PNPS, a temática das práticas corporais e atividade física passou a ser encarada pelo MS como um dos temas prioritários no desenvolvimento de ações e políticas públicas que visam a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2015)<sup>25</sup>.

Diversos outros estudos, como o Cruz e Malta (2014), consentem com o posicionamento apresentado pelas produções científicas analisadas, alegando, por exemplo, que com a publicação da PNPS, o MS passou a aumentar o incentivo e o repasse financeiro para os estados e municípios construírem ações e políticas públicas, que priorizassem, incentivassem, ofertassem e orientassem a prática de PCAF dentro do SUS, principalmente no âmbito da atenção básica. As autoras alegam ainda que este incentivo resultou em um maior protagonismo da educação física na saúde pública brasileira e, conseqüentemente, em um maior interesse por parte dos gestores locais em agregar PEF às equipes de saúde de seus municípios, aumentando, assim, o número de profissionais desta área inseridos na atenção básica à saúde no Brasil (CRUZ: MALTA, 2014).

Apoiado aos princípios da PNPS, os NASF, criados em 2008 a partir da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008), também foram apontados, pelos estudos analisados, como espaços privilegiados de inserção do PEF na atenção básica do SUS (FALCI; BELISÁRIO, 2013; 2013; SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012; FRAGA, CARVALHO; GOMES, 2012; SANTOS; BENEDETTI, 2012; ANDRELLLO et al., 2012; LOCH; FLORINDO, 2012; COSTA et al., 2012; LOCH et al.,

---

<sup>25</sup> Os argumentos que contribuíram para a inclusão da temática das PCAF como uma das ações específicas e temas prioritários da PNPS, estão apresentados no tópico 4.3.1. deste estudo.

2011; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; FLORINDO, 2009; MALTA et al., 2009; GOMES; DUARTE, 2008).

Para os referidos estudos, o NASF representou, e representa, uma possibilidade concreta e promissora de inserção e atuação do professor de educação física na atenção básica do SUS e, são a partir desses espaços, que acontecem grande parte das intervenções da educação física na atenção básica à saúde no Brasil (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012).

Segundo o MS, os NASF foram criados com o objetivo de apoiar a ESF, aumentar a abrangência e o escopo das ações em saúde na APS e a resolutividade dos problemas de saúde enfrentados pela população atendida na atenção básica (BRASIL 2008; 2010). Neste sentido, as equipes do NASF são compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento, sendo um deste profissionais o professor de educação física (BRASIL, 2010). Além disso, os NASF atuam em nove áreas estratégicas, sendo as PCAF uma destas áreas (BRASIL, 2008; 2010)<sup>26</sup>.

A partir desta possibilidade de inserção da educação física na atenção básica por meio do NASF, apresentada pelos documentos do MS citados anteriormente, e em concordância com os artigos analisados neste estudo, os achados de Santos e Benedetti (2012) evidenciaram que a educação física se encontra entre as cinco ocupações mais recrutadas pelas equipes do NASF em todo o Brasil, estando presente em 49,2% das equipes.

As evidências de que os NASF, junto à PNPS, potencializaram a inserção da educação física na atenção básica do SUS, podem ser percebidas também a partir de afirmações presentes em estudos como o de Pasquim (2010), que defende que:

De fato, nos últimos anos, a educação física tem ganhado destaque no SUS e isso pode ser sentido em diversas iniciativas que vêm sendo adotadas pelo poder público, como, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006 e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, que guardaram com especial importância intervenções na área temática das “Práticas Corporais/ Atividade Física”. Esses, entre outros, contribuíram para uma crescente expectativa de inclusão do professor de educação física no SUS (PASQUIM, 2010, p. 195).

---

<sup>26</sup> O aprofundamento sobre as políticas públicas que fundamentam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão apresentados no tópico 4.3.2. deste estudo.

Ou ainda no trecho exposto por Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012), que apontam que:

Dentre as ações específicas priorizadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, inclui-se a prática corporal e a atividade física (PCAF) nas ações na rede básica de saúde e na comunidade, fundamentando a inserção do profissional da educação física no Serviço de Atenção Básica ao compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012, p. 412).

Além dos NASF, a inserção da educação física na atenção básica também foi evidenciada por meio de programas, locais ou nacionais, de PCAF e promoção da saúde, realizados muitas vezes com o apoio de universidades públicas locais. (ROMEIRO et al., 2013; COSTA et al., 2013; BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012; HALLAL et al., 2010; MALTA et al., 2009; GOMES; DUARTE, 2008; PALÁCIOS; NARDI, 2007; GIRALDO et al., 2013; NAKAMURA et al., 2010; KOKUBUN et al., 2007; CARVALHO; FREITAS, 2006)

Entre os programas apontados, destacaram-se o “Academia da Saúde do Governo Federal”, iniciado em 2011, “Academia da Cidade de Recife”, implementado em 2003, “Academia da Cidade de Aracajú”, criado em 2003 tendo a Universidade Federal do Sergipe (UFS) como parceira, “Curitiba”, iniciado em 2005 com o apoio de universidades locais, “Academia da Terceira Idade de Maringá”, inaugurado em 2006, “Academia da Cidade de Belo Horizonte”, iniciado em 2006, “Saúde Ativa Rio Claro”, iniciado em 2001 em parceria com a Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), “Programa Comunitário de Atividade Física de São Caetano do Sul”, iniciado em 2004, “Programa Caminhando Para a Saúde de Santo André-SP”, implementado em 2003, programa “Agita Lourdes”, criado em 2005 na cidade de Lourdes-SP e o projeto “Práticas Corporais e Comunidade”, que ocorre desde 1999 no Centro de Saúde Escola Samuel Pessoa da Universidade de São Paulo (USP) (BRASIL, 2013b).

Observando os programas supracitados, é possível perceber que, em sua maioria, eles antecedem a PNPS, demonstrando que a preocupação dos gestores públicos locais em construir ações de promoção da saúde por meio das PCAF e da orientação quanto à alimentação e aos hábitos de vida “saudáveis” se iniciou já na década de 1990.

No que se refere ao Programa Academia da Saúde, Cruz e Malta (2014) relataram que a sua criação ocorreu por meio das informações coletadas com o VIGITEL, que

demonstraram a necessidade de se aumentar o nível de atividade física da população brasileira, e a partir das experiências exitosas acumuladas com programas de atividade física locais desenvolvidos por todo o Brasil<sup>27</sup>. Dentre os principais programas referência que fundamentaram a criação do Academia da Saúde, estão o programa Academia da Cidade de Recife e o Programa Academia da Cidade de Aracajú, ambos apontados por Bonfim, Costa e Monteiro (2012), como espaços da atenção básica em que os professores de educação física já atuam há mais de uma década.

Nestes programas, os professores de educação física se encontram inseridos nas equipes de trabalho, principalmente, naquelas que oferecem projetos de atividade física e de aconselhamento sobre os benefícios de se adotar um estilo de vida fisicamente ativo para a prevenção das DCNT e para a saúde de modo geral (NAKAMURA et al., 2010; KOKUBUN et al., 2007).

\*

Deste modo, é possível inferir que a PNPS desempenhou papel fundamental na expansão da inserção da educação física dentro do SUS, na medida em que tornou as PCAF uma das prioridades nacionais em saúde e ainda serviu como base para a criação dos NASF e do Programa Academia da Saúde, que foram apontados pelos estudos analisados como espaços em que a inserção da educação física na atenção básica tem tido grande evidência. Entretanto, é importante salientar que a inserção dos profissionais da educação física na APS antecede a publicação da referida política, visto, que a presença destes profissionais na atenção básica, já era identificada em diversos programas e iniciativas locais que possuíam/possuem como foco de intervenção a promoção da saúde e o incentivo às práticas corporais e atividades físicas como meio de prevenir as DCNT.

Na mesma medida, é possível perceber também, que os artigos científicos analisados indicaram diferentes posicionamentos quanto a escolha entre ser, ou não, fisicamente ativo e quanto ao papel que o profissional da área da educação física deve desempenhar dentro da atenção básica. Sobre estas questões, ficou apontado que, além das escolhas individuais, diversos motivos de caráter coletivo e social têm

---

<sup>27</sup> O aprofundamento sobre as políticas públicas que fundamentam o Programa Academia da Saúde está apresentado no tópico 4.3.2. deste estudo.

dificultado a adesão de diversos grupos populacionais, principalmente os de baixa renda, a um estilo de vida fisicamente ativo. Ao mesmo tempo, o papel da educação física na atenção básica tem sido percebido de diferentes formas, sendo a formação de indivíduos fisicamente ativos e a formação de uma população crítica, autônoma e consciente do seu papel na sociedade e sua condição de saúde os dois posicionamentos mais evidentes.

## **6.2. O professor de educação física na atenção básica**

A partir das evidências apresentadas anteriormente, o presente tópico tem por objetivo discutir a atuação do PEF em espaços vinculados à atenção básica, a partir das experiências apresentadas nos artigos científicos analisados. Para tanto, e para uma melhor assimilação das informações, a discussão será construída em dois momentos, sendo o primeiro relacionado à atuação do PEF no NASF e o segundo referente à atuação do PEF em programas locais e nacionais de PCAF e promoção da saúde.

### **6.2.1. A atuação do professor de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**

Formadas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, entre esses o PEF, e com base nos pressupostos que fundamentam a atenção básica do SUS, tais como a territorialização, a educação permanente em saúde, integralidade, a participação social, a promoção da saúde e a humanização, as equipes que compõem os NASF devem atuar em parceria com as equipes de saúde da família, desenvolvendo práticas que favoreçam a promoção da saúde dos usuários e das comunidades assistidas pela ESF (BRASIL, 2010). Neste sentido, segundo Florindo (2009):

Os NASF vieram para contribuir com as equipes de ESF, tendo como preceito básico um trabalho interdisciplinar e de matriciamento, respeitando e atuando de acordo com as peculiaridades regionais para se ter uma promoção da saúde mais eficiente, com profissões e áreas que até então não eram contempladas no âmbito das equipes de ESF (FLORINDO, 2009, p. 72).

Nesta perspectiva de atuação, a temática das PCAF é reconhecida como uma das áreas estratégicas em que atuam os profissionais do NASF, sendo, o PEF, um dos protagonistas na condução das atividades vinculadas a este tema (BRASIL, 2010; FLORINDO, 2009; SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012; GOMES et al., 2014).

Sendo assim, no que se refere à atuação do PEF enquanto componente das equipes dos NASF, os artigos analisados evidenciaram duas experiências, sendo uma em municípios do norte do Paraná (SOUZA; LOCH, 2011) e a outra em Minas Gerais (FALCI, BELISÁRIO, 2013). As pesquisas avaliaram a inserção do PEF no NASF, com base em entrevistas e/ou grupos focais realizados com profissionais da educação física inseridos na atenção básica.

Em ambos os estudos, e segundo os sujeitos entrevistados, o reconhecimento do PEF como profissional de saúde e a sua inserção nas equipes do NASF, foram considerados como eventos positivos tanto para a profissão, quanto para os serviços de saúde e para a comunidade, no sentido que esta inserção, é uma possibilidade de se aumentar a abrangência das ações em promoção e proteção da saúde na atenção básica e ainda, uma boa estratégia para reduzir a demanda por atendimentos de alta complexidade dentro do SUS, na medida em que a presença do PEF no NASF possibilitará uma maior, e melhor, oferta de atividades envolvendo as PCAF no âmbito da atenção básica (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Esta expectativa positiva também foi percebida nas pesquisas de Romeiro et al (2013), Santos e Benedetti (2012), Souza e Loch (2011), Florindo (2009), Gomes e Duarte (2008), Falci e Belisário (2013), Scabar, Pelicioni e Pelicioni (2012), Costa et al (2012), Pasquim (2010), Anjos e Duarte (2009), Malta et al (2009), entre outros, que apontaram que o PEF, por meio das PCAF, representa um forte aliado da saúde pública brasileira na promoção da saúde e no combate às DCNT.

Dentre as ações desenvolvidas pelos PEF dentro do NASF, a formação e condução de grupos para a prática de atividades físicas obtiveram maior destaque. Souza e Loch (2011), por exemplo, relataram que os PEF dos municípios da região norte do Paraná, oferecem aulas em grupo, com duração de uma hora e entre duas e três vezes na semana. O público atendido é composto principalmente por mulheres e idosos, geralmente acometidos por alguma patologia. Dentre os principais conteúdos trabalhados estão as caminhadas e os exercícios de ginástica, principalmente os exercícios resistidos, realizados com o auxílio de materiais de baixo custo como cabos

de vassoura e garrafas pet. Além destes, em uma menor proporção, também são ofertados exercícios de alongamento, coordenação motora e atividades lúdicas.

Na mesma direção, os PEF entrevistados por Falci e Belilsário (2013), apontaram que a prescrição de atividade física é uma prerrogativa do PEF que atua no NASF, cabendo a este profissional facilitar e monitorar a prática de atividade física, através de aulas/atividades em grupo. Além disto, os PEF entrevistados pelos autores, evidenciaram que este profissional quando inserido nas equipes do NASF, deve atuar por meio das atividades físicas, desportivas e recreativas e orientado pela perspectiva de promoção da saúde, prevenção de doenças e do incentivo à adoção de hábitos saudáveis.

Para o MS, o PEF que atua no NASF, deve construir uma ação pedagógica direcionada para a promoção da saúde e para formação crítica e autônoma dos sujeitos, das famílias e das comunidades. Neste sentido, é orientado a este profissional a atuação por meio da diversidade das manifestações da cultura corporal, difundidas local e nacionalmente, e das atividades em grupo, porém, sem que seja excluído o atendimento individual. Sendo assim, é esperado que o PEF desenvolva junto aos usuários e equipes do NASF, atividades coletivas de jogos populares, jogos esportivos, jogos de salão, atividades de ginástica, danças folclóricas, danças “da moda”, atividades circenses, entre outras, não se limitando à uma intervenção pautada na prescrição de exercícios físicos e nos benefícios adquiridos por meio de sua prática (BRASIL, 2010).

Sendo assim, com base nas orientações do MS, é possível perceber que os estudos analisados apresentaram pontos convergentes e divergentes quanto às expectativas de atuação do PEF dentro do NASF. Por um lado, é possível perceber que as ações desenvolvidas por estes profissionais têm priorizado o caráter coletivo e a formação de grupos em detrimento ao atendimento individualizado, atendendo, assim, a uma das expectativas do MS.

Por outro lado, o trabalho restrito às atividades de ginástica e de caminhada, sugerem que os PEF no NASF podem não estar oportunizando o contato e o conhecimento destes sujeitos com os demais conteúdos da cultura corporal, ou ainda, podem não estar oferecendo aos usuários dos NASF a possibilidade de participação nas tomadas de decisão referentes a quais atividades de PCAF serão desenvolvidas.

Estas questões se distanciam do que orienta o MS (BRASIL, 2010) e do que defende diversos estudos que investigam as práticas corporais no campo da saúde, como Carvalho (2006), Carvalho e Freitas (2006) e Gonzales (2015), na medida em que não possibilitam, de maneira adequada, a aproximação dos usuários com questões como a participação nas tomadas de decisão, a construção da autonomia, o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários, o contato com as diferentes manifestações da cultura corporal, ou ainda a dimensão do lúdico, do estimulante e do prazeroso, entre outras questões (CARVALHO; FREITAS, 2006; BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012)<sup>28</sup>.

Quanto às dificuldades de atuação encontradas pelos PEF nos NASF, os estudos analisados apresentaram como principais fatores a falta de espaços adequados para a realização das atividades e a dificuldade em se construir um trabalho coletivo entre os profissionais que compõem as equipes do NASF (SOUZA; LOCH, 2011; FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Neste sentido, foi observado que, muitas das vezes, as atividades acontecem em espaços adaptados, como salas improvisadas, ou até mesmo na própria rua, reforçando que ainda é necessário o esforço do poder público em oferecer as condições adequadas para a prática de atividades físicas nas cidades, principalmente para as pessoas de baixa renda (LOURENÇO, 2006; BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012).

Além disso, o trabalho em equipe e multidisciplinar também foi apontado como dificultador para o desenvolvimento das atividades do PEF no NASF. Sobre esta questão, os estudos analisados indicaram que o trabalho isolado e individual ainda predomina dentro das equipes, ocorrendo pouca partilha de experiências, conhecimentos e informações e, com isto, um pequeno número de trabalhos conjuntos realizados entre os profissionais das diferentes ocupações do NASF com os PEF. Para Loch et al (2011) este fato pode estar relacionado com a característica biologicista, individualista e hospitalocêntrica que ainda predomina sobre os profissionais e serviços de saúde no Brasil. Já Santos e Benedetti (2012), relacionam que a pouca experiência da educação física na saúde pública brasileira, pode ajudar

---

<sup>28</sup> O aprofundamento sobre a discussão que envolve o “formato de intervenção” do PEF no NASF está apresentado no item 6.1.1. deste estudo.

a explicar esta dificuldade dos PEF em construir atividades conjuntas com outras áreas.

Resultados semelhantes também foram percebidos nos estudos de Romeiro et al (2013). Para os pesquisadores, dentre os principais fatores que dificultam o desenvolvimento de atividades de PCAF no NASF, estão a dificuldade em se encontrar locais públicos, com boa estrutura e capazes de comportar grandes grupos, a desmotivação dos ACS para desenvolver atividades junto às comunidades e a falta de comunicação entre os profissionais das equipes do NASF, que acabam por resultar no desenvolvimento de ações isoladas ou sobrepostas.

Deste modo, os estudos analisados evidenciaram que, nos locais pesquisados, a atuação do PEF no NASF tem se concretizado por meio da construção de grupos para a prática de PCAF, sendo a caminhada e as atividades de ginástica, as principais atividades oferecidas. Ao mesmo tempo, os PEF têm desenvolvido suas atividades em espaços improvisados, com pouca estrutura e de forma isolada, havendo pouco diálogo entre o PEF e os demais profissionais das equipes do NASF.

#### 6.2.2. A atuação do PEF em programas locais e nacionais de PCAF e promoção da saúde.

Programas e políticas públicas de incentivo à prática de atividade física existem em diversas regiões do Brasil há mais de dez anos. No campo da saúde pública, grande parte destas iniciativas são locais, datam da primeira década do século XXI e atuam com a intenção de contribuir para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, por meio de ações de incentivo à prática de atividade física e alimentação saudável (COSTA et al., 2013). Em nível nacional, o Programa Academia da Saúde tem se tornado uma das grandes apostas do Governo Federal para a promoção da saúde, adoção de hábitos saudáveis por parte da população e redução da prevalência de morbimortalidade devido às DCNT (BRASIL, 2013a: 2014).

Dentre os programas mencionados anteriormente, no que se refere à atuação do PEF dentro destes programas, as atividades desenvolvidas por estes profissionais foram apresentadas em sete deles, sendo: “Academia da Cidade de Recife”, implementado em 2003; “Academia da Cidade de Aracajú”; criado em 2003; “Curitiba”, iniciado

em 2005; “Academia da Cidade de Belo Horizonte”; implantado em 2006; “Programa Comunitário de Atividade Física de São Caetano do Sul”, iniciado em 2004; “Programa Caminhando Para a Saúde de Santo André-SP”, implementado em 2003; e o programa “Agita Lourdes”, criado em 2005 na cidade de Lourdes-SP. (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012).

Em sua maioria, os programas apresentados têm resumido as suas atividades à implantação de programas de caminhada, ginástica, exercícios cardiorrespiratórios, neuromusculares e, também, a orientação sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis para a saúde para grupos da população local, com o intuito de promover a saúde dos usuários e reduzir a prevalência de DCNT (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012; NAKAMURA et al., 2010; KOKUBUN et al., 2007).

Dentro desta perspectiva, os estudos analisados apontaram que os PEF têm atuado nas equipes de trabalho que compõem os programas apresentados, por meio do aconselhamento sobre a adoção de hábitos de vida fisicamente ativos e a oferta e supervisão de classes de exercícios físicos, de duas a três vezes por semana e visando alcançar a população em geral ou grupos específicos, como idosos ou hipertensos, por exemplo (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012).

Como exemplos deste modelo de intervenção, são considerados referências no Brasil os programas Curitiba, que já em 2012 possuía 145 professores de educação física envolvidos no projeto que oferece atividades de caminhada, atividades aeróbicas e alongamentos, o programa Academia da Cidade de Recife, que possui em suas equipes PEF contratados pelo município que trabalham com atividades aeróbicas, de ginástica, alongamento, grupos de caminhada e dança, o Programa Saúde Ativa Rio Claro que é formado por PEF bolsistas vinculados à UNESP e oferece exercícios cardiorrespiratórios e neuromusculares, e o Programa Academia da Cidade de Aracajú, que possui dois PEF vinculados à cada equipe de trabalho e oferece atividades de caminhada, ginástica aeróbica e localizada, dança e yoga (BRASIL, 2013b).

Além dos exercícios físicos, também são oferecidos pelos programas atividades educativas e informativas, como encontros e palestras de aconselhamento sobre alimentação saudável e orientação aos usuários sobre os benefícios para saúde ao se adotar hábitos de vida fisicamente ativos (BRASIL, 2013b).

A partir das informações apresentadas, é possível perceber que, “na prática”, o profissional de educação física inserido nos programas de promoção da saúde e atividade física analisados, têm desenvolvido o seu trabalho de maneira semelhante aos PEF que compõem as equipes dos NASF apresentadas no tópico anterior.

Na grande maioria dos espaços, tanto dos NASF quanto dos programas de atividade física, o modelo de intervenção tem objetivado aumentar o nível de atividade física da população por meio da oferta de atividades de caminhada e ginástica, principalmente. Além disso, o maior objetivo das intervenções tem sido reduzir à prevalência de DCNT e, a partir da melhoria da qualidade da alimentação e níveis de atividade física da população, promover a saúde geral e a qualidade de vida dos cidadãos atendidos (NAKAMURA et al., 2010; KOKUBUN et al., 2007; HALLAL et al., 2010).

Para Bonfim, Costa e Monteiro (2012), o lançamento da PNPS não resultou em mudanças profundas no modelo de trabalho dos programas de atividade física distribuídos por todo o Brasil. Para os autores, estes programas não têm valorizado as diretrizes previstas pela PNPS para a oferta de PCAF e tem privilegiado os exercícios físicos tradicionais, de caminhada e ginástica por exemplo, em detrimento das demais manifestações da cultura corporal como os esportes, os jogos e as danças.

Por fim, é importante ressaltar que os programas apresentados tiveram início antes da publicação da PNPS e serviram, em sua maioria, como base para a valorização da temática das PCAF dentro da PNPS e ainda para a criação do Programa Academia da Saúde. Sobre este programa, diversos estudos apontaram este espaço como uma grande oportunidade de atuação do PEF dentro da atenção básica (HALLAL, 2011; SANTOS; BENEDETTI, 2012; CODOGNO et al., 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013; ROMEIRO et al., 2013). Entretanto, não foram encontrados estudos que avaliaram as atividades e as ações desenvolvidas por estes profissionais nos polos de Academia da Saúde.

### **6.3. A formação acadêmica em educação física para a atuação no SUS**

Tendo como base as informações coletadas nos artigos científicos analisados, a temática da formação em educação física para o SUS foi abordada, por esta revisão,

a partir de dois subtemas, sendo: a) Formação acadêmica em educação física para o SUS: nível graduação (referente à formação inicial); e b) Formação acadêmica em educação física para o SUS: nível pós-graduação (relacionada à formação continuada).

### 6.3.1. Formação acadêmica em educação física para o SUS: nível graduação

De acordo com o Conselho Nacional de Educação (CNE), a educação física é uma área do conhecimento que tem como objeto de estudo e de aplicação as diferentes manifestações do movimento humano. A partir da aplicação deste conteúdo, uma das perspectivas em que o PEF pode atuar quando egresso é na promoção, proteção e reabilitação da saúde e prevenção de problemas e agravos à saúde (BRASIL, 2004a).

Na mesma medida, a educação física é reconhecida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), desde 1997, como uma das 14 categorias de nível superior da saúde (BRASIL, 1997) devendo, portanto, ter a sua formação ordenada pelo SUS, e, conseqüentemente, pelos princípios que o norteiam (BRASIL, 1998).

A partir de afirmações como as apontadas anteriormente, é possível inferir que, com a crescente demanda de profissionais da área da educação física para atuarem no SUS, os cursos de graduação em educação física devam contemplar em suas diretrizes, projetos políticos e grades curriculares, estudos e discussões referentes à temática da saúde pública/coletiva, objetivando a formação qualificada de profissionais habilitados e com as competências necessárias para o trabalho dentro do SUS (GUARDA et al., 2014; FONSECA et al., 2011).

Os artigos científicos analisados, apontaram que a presença de disciplinas relacionadas à saúde pública e saúde coletiva nos cursos de formação superior em Educação Física, poderia proporcionar o contato do acadêmico com informações sobre o sistema de saúde brasileira, os modelos de atenção à saúde, os conceitos, princípios e diretrizes que norteiam o SUS e ainda o contato com a realidade da saúde pública local e os processos de trabalho das instituições de saúde, a partir, por exemplo, de visitas e participação em atividades oferecidas nos espaços de saúde pública (ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; COSTA et al., 2012). Esta

aproximação, segundo os Anjos e Duarte (2010) e Costa et al (2012), poderia aumentar a possibilidade de uma inserção mais resolutiva dos PEF no SUS.

Entretanto, os estudos analisados evidenciaram que, diferente do esperado, os temas relacionados à saúde pública e coletiva, vêm obtendo pouco prestígio no que se refere às disciplinas ofertadas pelos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física oferecidos por todo o Brasil (CECCIM; BILIBIO, 2007; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SOUZA: LOCH, 2011; COSTA et al., 2012).

Nesta perspectiva, no que diz respeito as grades curriculares, as pesquisas analisadas de Pasquim (2010) e Anjos e Duarte (2009) revelaram, a partir da análise das grades curriculares dos cursos de educação física oferecidos nas Instituições de Ensino Superior (IES): Universidade de São Paulo (USP); Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); e Universidade São Judas Tadeu, que a carga horária destinada às disciplinas que se propõem a discutir temas relacionados à saúde pública e à saúde coletiva, nestas instituições, é insuficiente.

Os artigos científicos relataram que, na Unicamp, são oferecidas, para o curso de Bacharelado em Educação Física, as disciplinas de “Saúde Coletiva e Atividade Física”, com carga horária de 30 horas, e “Saúde Coletiva e Performance Humana”, com carga horária de 60 horas e, para o curso de Licenciatura em Educação Física, a disciplina “Saúde Coletiva e Atividade Física”, hoje com o nome de “Saúde Coletiva, Atividade Física e Esporte” (UNICAMP, 2011), também com carga horária de 30 horas.

Por outro lado, na USP, os cursos de Bacharelado e Licenciatura em Educação Física possuem apenas uma disciplina com este caráter, denominada “Fundamentos da Saúde Pública em Educação Física”, com carga horária de 45 horas e mesma ementa para ambos os cursos<sup>29</sup>.

No que se refere à Universidade São Judas Tadeu, Costa e Duarte (2009) relataram não existir referências de disciplinas que abordam a temática da saúde pública/coletiva no currículo do curso de Bacharelado em Educação Física oferecido

---

<sup>29</sup> Pesquisas mais atuais realizadas no sítio eletrônico das duas instituições demonstraram não ocorrerem grandes alterações nas grades curriculares obrigatórias das instituições pesquisadas por Pasquim (2010), sendo identificado, apenas, a alteração do nome da disciplina “Fundamentos da Saúde Pública em Educação Física”, da USP, para “Fundamentos da Saúde Pública em Educação Física e Esporte” (USP, 2016) e da disciplina “Saúde Coletiva e Atividade Física”, da Unicamp, para “Saúde Coletiva e Atividade Física e Esporte” (UNICAMP, 2011).

pela instituição. O mesmo acontece com a UFSCar, nesta instituição, a saúde pública é apontada como um dos possíveis campos de atuação do profissional egresso, porém, não existem disciplinas com direcionamentos para abordar as referidas temáticas<sup>30</sup>.

Estes levantamentos possibilitaram aos pesquisadores concluir que as temáticas da saúde pública e da saúde coletiva não vêm sendo privilegiadas nos currículos dos cursos de educação física das IES analisadas, mesmo com a crescente demanda por profissionais da área da educação física para atuarem no SUS ocorrida na última década (PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009). Além disso, mesmo nos cursos que apresentaram disciplinas que se preocupam em discutir conteúdos relacionados com o SUS, o trato com os mesmos é feito de maneira introdutória e insuficiente para possibilitar a formação de profissionais críticos e qualificados para o trabalho no SUS (PASQUIM, 2010).

Na mesma medida, Costa et al (2012) encontrou resultados semelhantes em seu estudo que se propôs a analisar os currículos de 61 cursos de educação física oferecidos em instituições públicas e privadas nas capitais brasileiras. O estudo verificou que 72% das instituições analisadas não apresentam disciplinas que abordam o conteúdo saúde pública/coletiva, evidenciando que a formação voltada às necessidades de saúde, principalmente da saúde pública, ainda não foi concretizada nos cursos de educação física no Brasil (COSTA et al., 2012). Outro elemento encontrado, revelou que as instituições privadas e as formações na modalidade Bacharelado, apresentaram maior presença de disciplinas da saúde pública/coletiva em seus currículos do que as instituições públicas e as formações na modalidade Licenciatura em Educação Física (COSTA et al., 2012).

---

<sup>30</sup> Todavia, é importante salientar que a realidade atual da UFSCar é diferente da apresentada no momento da realização da pesquisa de Anjos e Duarte (2009). Devido as alterações curriculares feitas pelo CNE e a divisão da formação em educação física nas modalidades licenciatura e bacharelado, a formação do bacharel esteve suspensa na referida instituição entre os anos de 2004 e 2012 (UFSCar, 2014). Logo, no momento em que foi realizada a coleta dos dados pelas pesquisadoras, em maio de 2007, foi analisada apenas a grade curricular da modalidade licenciatura. Entretanto, desde 2012, a UFSCar retomou com o curso de Bacharelado em Educação Física, apresentando um novo currículo e uma nova grade curricular. Esta grade, diferente do que foi evidenciado na licenciatura, apresenta a possibilidade de aproximação do acadêmico com temáticas relacionadas à saúde pública/coletiva, na medida em que oferece no núcleo de aprofundamento as disciplinas de “Educação Física: Educação e Saúde”, com 60 horas/aula e “Educação Física na Atenção Primária em Saúde”, também com 60 horas/aula (UFSCAR, 2014). Porém, não foram encontradas pesquisas que analisam este novo currículo, não sendo, portanto, possível afirmar se a formação oferecida pelo Bacharelado em Educação Física desta instituição é suficiente, ou não, para o trabalho no SUS.

Todavia, mesmo com o evidente distanciamento da formação inicial em educação física e das propostas curriculares com os conteúdos da saúde pública e da saúde coletiva na maioria das IES brasileiras, algumas instituições têm se atentado para a necessidade de se explorar este novo campo de atuação do PEF e tem organizado as suas estruturas curriculares com maior ênfase nestes conteúdos.

A exemplo disto, destaca-se o curso de Bacharelado em Educação Física da Faculdade de Educação Física e Dança da UFG (UFG, 2009), que, desde 2009, possui uma formação superior inicial que tem como referência “a produção acadêmico-científico e a intervenção profissional em Educação Física, direcionada aos diferentes espaços e práticas sociais, com ênfase nas questões que envolvem a saúde humana” (UFG, 2009, p. 4). O referido curso possui nos referenciais da saúde coletiva, um dos seus principais arcabouços teóricos, e, ainda, direciona a formação acadêmica para a atuação nos espaços públicos de saúde.

Nesta perspectiva, além de disciplinas que dialogam com os temas da saúde coletiva, como “Introdução à Saúde Coletiva”, “Gestão e Políticas de Educação Física e Saúde”, “Práticas Corporais e Promoção da Saúde”, “Práticas corporais no campo da Saúde”, “Educação Física Saúde e Sociedade” e “Epidemiologia e Bioestatística”, o curso de Bacharelado em Educação Física da UFG, também fornece aos seus graduandos quatro estágios curriculares obrigatórios na atenção primária e secundária do SUS (UFG, 2009), possibilitando assim, um maior empoderamento, por parte dos acadêmicos, dos conteúdos referentes à saúde pública e coletiva e ainda uma vivência mais prolongada e aprofundada da realidade dos espaços públicos de saúde da cidade de Goiânia.

Com isto, acredita-se que a proposta curricular para o curso de Bacharelado em Educação Física da UFG é pioneira e inovadora em relação aos cursos de educação física analisados pelos artigos científicos estudados, podendo, portanto, ser utilizada como exemplo para uma possível reestruturação curricular que possa ocorrer nos cursos de educação física em todo Brasil, objetivando incrementar, efetivamente, os conteúdos da saúde coletiva em suas grades curriculares.

Sobre esta possibilidade de reestruturação, os estudos analisados apontaram ser necessário a concretização de mudanças nos currículos que orientam a formação do futuro PEF, buscando, a partir de mudanças nas grades curriculares e no incremento de projetos de pesquisa e de extensão, a aproximação do futuro profissional da área

com as particularidades, necessidades e desafios da saúde pública brasileira e fornecendo, assim, subsídios para a formação de profissionais mais conhecedores, competentes e habilitados para trabalhar nos diferentes níveis de atenção do SUS (COSTA et al., 2012).

Nesta perspectiva, é importante destacar que, a mais de uma década, os Ministérios da Saúde e da Educação vêm promovendo, projetos e programas de reorientação da formação profissional no campo da saúde e de aproximação entre o mundo acadêmico e o do trabalho. A exemplo destas iniciativas, destacam-se os programas Pró-Saúde<sup>31</sup>, iniciado em 2005 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007c), e o Programa de Educação Pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde)<sup>32</sup>, inspirado no Programa de Educação Tutorial e lançado em 2008 (BRASIL, 2008b).

No campo da Educação Física, experiências envolvendo o Pró-saúde e o PET-saúde têm se tornado evidentes em diversas IES nos últimos anos. Os estudos analisados evidenciaram duas experiências do PET-saúde, sendo uma realizada na Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) (SILVA et al., 2012) e outra na Universidade de Fortaleza (UNIFOR) (GOERSCH et al., 2012). Em ambos os projetos, que teve duração de 1 ano, os acadêmicos de educação física envolvidos com o programa desenvolveram atividades no campo da pesquisa, com a participação em grupos de estudo multidisciplinar e pesquisa no campo da saúde pública, da educação em saúde e da extensão, a partir da formação de grupos e da oferta de classes de atividades física e de recreação para a população atendida pelas unidades básicas vinculadas aos programas (GOERSH et al., 2012; SILVA et al., 2012).

Estudos como o de Ferraz (2012) têm apontado para a importância do PET-saúde e PRÓ-saúde para a formação de acadêmicos da área da saúde. Em concordância com os estudos analisados, a pesquisadora considerou que os referidos programas têm oportunizado aos acadêmicos da área da saúde a aproximação com o serviço e a

---

<sup>31</sup> O pró-saúde, lançado pela portaria interministerial nº 2.101 de 2005, tem como a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população (BRASIL, 2007c, p.13).

<sup>32</sup> O PET- Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2008b)

pesquisa na área da saúde pública e o conhecimento dos enfrentamentos e condições reais do trabalho que pode, deve e precisa ser realizado dentro do SUS.

Deste modo, o PET-Saúde, o PRÓ-Saúde e os projetos de extensão e pesquisa no campo da saúde pública, de modo geral, têm representado uma grande possibilidade de preenchimento do vazio deixado pela formação inicial em educação física na maioria dos cursos oferecidos no Brasil. Estes programas e projetos tem potencializado à formação inicial dos futuros PEF e se tornado uma possibilidade real dos acadêmicos desta área conhecerem e vivenciarem o serviço oferecido dentro do SUS e o trabalho desempenhado pelas equipes de saúde junto às comunidades assistidas (SILVA et al., 2012).

Neste sentido, mesmo que as evidências apresentadas aqui, de que a formação inicial em educação física é esvaziada de conteúdos referentes à saúde pública e coletiva, sejam hegemônicas entre as IES brasileiras, é importante ressaltar que esforços e iniciativas no sentido de incrementar conteúdos e vivências no campo da saúde pública e coletiva na formação inicial em educação física, vem ocorrendo com êxito em algumas instituições.

Além, disso, é importante salientar também a preocupação do MEC e do MS, em incentivar e fomentar a participação das IES em programas que buscam aproximar as dimensões do ensino, pesquisa e extensão com o campo da saúde pública. Estes programas, que tem por intenção qualificar a formação inicial e preparar os futuros profissionais para a realidade e os desafios da saúde pública brasileira, tem oportunizado uma formação superior inicial mais aproximada dos conteúdos do SUS, um maior acúmulo de experiências práticas com os serviços oferecidos pela atenção básica em saúde por parte dos acadêmicos e uma maior proximidade entre comunidade, IES e serviços de saúde.

### 6.3.2. Formação acadêmica em educação física para o SUS: nível pós-graduação

A partir do reconhecimento de que a formação inicial em educação física não tem proporcionado uma capacitação adequada para a atuação do PEF no SUS na maioria das IES, uma das principais alternativas de qualificação que os profissionais da educação física que atuam, ou desejam atuar, no SUS têm encontrado, tem sido a

formação continuada, ou pós-graduação (COSTA et al., 2012; LOCH; FLORINDO, 2012; FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Este fato pode ser percebido, por exemplo, a partir das falas dos professores entrevistados pela pesquisa de Falci e Belisário (2013). No estudo, PEF e profissionais da educação física estudantes do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foram entrevistados e relataram que, com a abertura de espaços no SUS que incluem solicitam a atuação de professores de educação física, como por exemplo o NASF, e o distanciamento da graduação em educação física dos temas relacionados à saúde pública e coletiva, a principal opção para o profissional que deseja se inserir de forma qualificada neste campo de intervenção é a capacitação por meio da pós-graduação.

Os estudos analisados destacaram duas possibilidades de formação em nível de pós-graduação lato sensu como opções de formação continuada para os PEF que atuam/desejam atuar na atenção básica do SUS: as Residências em saúde, com destaque para as Residências Multiprofissionais Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde (LOCH; FLORINDO, 2012; CORRÊA et al., 2014); e o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde em Família da UFMG, realizado em parceria com o MS, na modalidade à distância, com duração de 3 semestres e carga horária total de 360 horas. (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Regulamentadas em 2005 pela lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005b), as Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, se constituem como programas de pós-graduação na modalidade lato sensu, orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e destinados às profissões de saúde (BRASIL, 2012c). Os referidos programas buscam a formação de profissionais da área da saúde para a inserção no SUS de maneira qualificada, oportunizando aos profissionais da saúde o aprofundamento com as temáticas da saúde coletiva, o acúmulo de experiências nos espaços de atuação dentro do SUS e a aproximação com a realidade em que este profissional será inserido dentro do SUS (BRASIL, 2012c).

Estes programas abrangem as profissões de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, ou seja, as profissões da área da saúde com exceção da Medicina (BRASIL, 2012c). Além disso, os profissionais inscritos nestas residências devem se submeter ao

regime de dedicação exclusiva e cumprir carga horária de 60 horas semanais (LOCH; FLORINDO, 2012).

A principal diferença entre as Residências Multiprofissionais em Saúde e as Residências em Área Profissional da Saúde, diz respeito ao quantitativo de ocupações que compõem as turmas de cada programa. Enquanto a Residência em Área Profissional da Saúde é composta por apenas uma profissão de saúde, apenas por profissionais da educação física por exemplo, as Residências Multiprofissionais em Saúde se caracterizam por possuírem, no mínimo, 03 profissões de saúde, profissionais da educação física, da psicologia e da nutrição por exemplo (BRASIL, 2012c).

Neste sentido, Loch e Florindo (2012), destacaram que, já há alguns anos, vem ocorrendo uma crescente solicitação para que os PEF componham as turmas das Residências Multiprofissionais em Saúde. Uma das explicações para esta solicitação, faz referência à questão da temática da atividade física ter se tornado tema prioritário para a saúde pública brasileira, e, com isto, ter ganhado destaque nas discussões em saúde por todo o país (BRASIL, 2007b; LOCH; FLORINDO, 2012; BRASIL, 2015)

Na mesma medida, Correa et al (2014) destacaram que as Residências Multiprofissionais se configuram como uma oportunidade ímpar para que os PEF possam se aproximar da realidade do trabalho dentro do SUS, e, ainda, uma alternativa para aumentar a aproximação entre o mundo acadêmico e o da atuação profissional, que pouco acontece no momento da formação inicial.

Deste modo, os pesquisadores analisaram duas Residências Multiprofissionais em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) que possuem PEF inseridos como residentes nos programas, sendo uma com foco hospitalar e a outra com o foco na saúde da família. Os resultados obtidos com esta pesquisa, evidenciaram que as residências multiprofissionais tem possibilitado a aproximação dos residentes com o trabalho multiprofissional em diferentes atividades desenvolvidas no SUS, possibilitando ao profissional da educação física, o contato com o trabalho na atenção básica, por meio da participação em equipes da ESF e do NASF, na atenção secundária, a partir da atuação em equipes do CAPS, na atenção hospitalar, e ainda na gestão em saúde e vigilância sanitária (CORREA et al., 2014).

Foi relatado, ainda, que as residências multiprofissionais possibilitam uma maior aproximação entre a área da educação física e as demais profissões de saúde (CORREA et al., 2014). Este fato se faz pertinente, pois, historicamente, estudos tem demonstrado que a educação física tem construído as suas ações no SUS de maneira predominantemente isolada, ou com pouco diálogo com os demais profissionais (FALSI; BELISÁRIO, 2013).

Seguindo este mesmo raciocínio, Falci e Belisário (2013), ao analisarem os desafios enfrentados na formação em educação física para a atuação no SUS, apontaram que uma das fragilidades dos cursos de formação continuada que não possuem caráter multiprofissional, em especial o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é a falta de contato e diálogo do pós-graduandos com os profissionais de saúde de outras áreas.

Este pensamento pôde ser percebido através das falas dos sujeitos entrevistados pelas pesquisadoras. Estes, relataram que, mesmo a experiência com a especialização tendo sido extremamente enriquecedora para a formação e para o trabalho no SUS para os entrevistados, ela poderia ter sido ainda maior, caso as turmas fossem compostas por profissionais de outras áreas da saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Neste sentido, os estudos analisados apontaram que as Residências Multiprofissionais em Saúde podem ser consideradas, dentre as possibilidades apresentadas, como a opção que melhor proporciona o aprofundamento dos conteúdos referentes à educação física e o SUS. Entretanto, outras alternativas de qualificação da formação profissional também estão acontecendo no Brasil, e merecem ser destacadas. A exemplo disto estão os Mestrados Profissionais em Saúde Coletiva (MPSC), e, em especial, o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), oferecido em nível mestrado profissional pela UFG do qual esta pesquisa pertence<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> O PPGSC da UFG nível mestrado profissional foi reconhecido pela Portaria do MEC nº 1.045, de 18 de agosto de 2010 (BRASIL, 2010b), e tem como objetivo geral promover a qualificação de recursos humanos em saúde, com ênfase na área de Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde para aumentar o potencial interno de geração, difusão e utilização de conhecimentos científicos no processo de trabalho em consonância com o SUS e possibilitando maior desenvolvimento socioeconômico e cultural na região e, conseqüentemente, reduzindo as desigualdades sociais.

De maneira geral, os (MPSC), têm representado uma importante opção de formação continuada para os profissionais de saúde no Brasil. Para Teixeira (2006) os MPSC podem ser vistos como uma:

[...] possibilidade de institucionalização de um espaço onde pode se conjugar o que há de melhor no ambiente acadêmico, ou seja, o interesse pela produção de conhecimentos, a partir da crítica sistemática ao conhecimento existente e da abertura à identificação de novos problemas, objetos e abordagens, com o que há de melhor no ambiente dos serviços (TEIXEIRA, 2006, p.41).

Desenvolvidos na modalidade *stricto sensu* em parceria entre instituições de ensino e de serviço, os MPSC tem proporcionado um alto grau de aproximação entre o campo acadêmico e o da atuação profissional, na medida em que este espaço de formação tem proporcionado a reflexão sobre os problemas do cotidiano do trabalho e, ainda, auxiliado na formulação de políticas e estratégias que possam efetivamente contribuir para a resolução dos problemas de saúde existentes nas regiões brasileiras (TEIXEIRA, 2006).

Neste sentido, os MPSC têm se concretizado como um espaço de construção de novos conhecimentos dentro do campo da saúde pública e uma das possibilidades de formação continuada para os profissionais da área da saúde, principalmente àqueles já inseridos no SUS (TEIXEIRA, 2006).

\*

De modo geral, no que tange a formação em educação física para a atuação no SUS, os artigos analisados apresentaram um distanciamento entre a formação do PEF com os conteúdos referentes à saúde coletiva e a saúde pública. Este distanciamento ficou mais evidente na formação inicial e principalmente nos currículos das universidades analisadas pelos estudos que, em sua maioria, não contemplam, ou contemplam de maneira superficial, disciplinas que abordam temas que possuem entre seus objetivos discutir temas relacionados à saúde coletiva e a saúde pública.

Entretanto, a pesquisa, a extensão e principalmente a formação continuada em nível de pós-graduação, foram apresentados como possibilidades para a aproximação do PEF que atua, ou deseja atuar, no SUS com os conteúdos da saúde coletiva. Neste sentido, as Residências Multiprofissionais em Saúde foram apontadas pelos estudos

como grandes oportunidades para o PEF que deseja se qualificar para o trabalho no SUS.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados permitiram refletir sobre diversas questões referentes à inserção da educação física na atenção básica do SUS. Dentre estas, destacaram-se as discussões sobre a adesão da população a um estilo de vida fisicamente ativo, o papel que a educação física desempenha, e pode desempenhar, na saúde pública brasileira, os espaços em que o PEF tem ocupado na atenção básica, as atividades desenvolvidas por estes profissionais e a formação em educação física para o trabalho no SUS.

Com base nestas questões, e após a análise das informações contidas nos artigos científicos incluídos, algumas considerações merecem ser realizadas.

Segundo os estudos analisados, a principal justificativa para o ingresso do PEF no SUS, ocorreu com base nas comprovações científicas que evidenciam que praticar atividade física regularmente traz benefícios à saúde e reduz o risco de adoecimento e morte por DCNT. A partir disto, o PEF inserido no SUS foi considerado por grande parte dos estudos como um aliado do MS no combate ao crescente quadro de morbimortalidade devido às DCNT.

Com base nestas constatações, verificou-se que a inserção da educação física na saúde pública brasileira se fortaleceu a partir da Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997 do CNS (BRASIL, 1997), que reconheceu o PEF como um dos profissionais de nível superior da saúde no Brasil. A princípio, esta inserção ocorreu de maneira mais marcante a partir do lançamento de políticas públicas locais e programas municipais de incentivo à prática de atividade física.

Em nível nacional, a PNPS, lançada em 2006, foi considerada a iniciativa pioneira no processo de inserção da educação física na atenção básica, e no SUS como um todo. Ao considerar as “práticas corporais e atividade física” como tema prioritário e uma das ações estratégicas para a promoção da saúde dos brasileiros, a PNPS abriu caminho para o crescimento do número de programas e políticas públicas de saúde, que incentivam e oferecem PCAF em todo o Brasil. Com isto, o quantitativo de PEF atuando em espaços vinculados às secretarias estaduais e municipais de saúde aumentou e a presença deste profissional na atenção básica do SUS se tornou mais evidente.

Nesta perspectiva, os Núcleos de Apoio da Saúde da Família e os polos de Programa Academia da Saúde foram considerados pelos artigos analisados, como potenciais para a inserção e atuação dos PEF no âmbito da atenção básica do SUS. Segundo os artigos científicos analisados, esta possibilidade de inserção pode ocorrer a partir de dois caminhos principais. Um primeiro, parte do pressuposto de que a atividade física regular e orientada previne, controla, ou até mesmo cura, em alguns casos, as doenças crônicas não transmissíveis. Seguindo este posicionamento, cabe à educação física e ao PEF inserido no SUS, combater estes agravos a partir do incentivo, prescrição, monitoramento e avaliação dos usuários quanto à prática de exercícios físicos, buscando, assim, formar uma população mais ativa fisicamente e, conseqüentemente, mais saudável.

Por outro lado, um segundo caminho, mesmo defendendo que a adoção de hábitos de vida fisicamente ativos pode trazer benefícios para a saúde individual, busca, a partir das práticas corporais, extrapolar a compreensão da atividade física como um estímulo biológico que gera gasto energético acima dos níveis de repouso, promovendo, em sua ação pedagógica, a “substituição” das classes de exercícios físicos pelas atividades prazerosas e coletivas. Nesta perspectiva, o PEF inserido na atenção básica do SUS deve, entre outras posturas, valorizar a cultura e os costumes da comunidade local, possibilitar ao usuário do SUS a participação nas tomadas de decisão quanto à escolha das atividades que serão desenvolvidas por este profissional junto às comunidades, incentivar a inclusão e participação de todos, independente de sexo, condição de saúde ou faixa etária, deve também, construir as suas ações procurando despertar no usuário o prazer pelo movimento corporal e, ainda, abordar questões importantes, como por exemplo às relacionadas com os padrões de corpo e estética, de modo que seja oportunizado o desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia dos cidadãos e das comunidades assistidas.

No que diz respeito à atuação do PEF na atenção básica, os artigos científicos analisados apresentaram estas experiências de atuação a partir de duas situações principais, sendo: uma primeira, com o PEF compondo as equipes multiprofissionais dos NASF; e, uma segunda, com este profissional participando de programas de promoção da saúde e atividade física locais, como por exemplo o programa “Academia da Cidade de Recife” ou o “Saúde Ativa Rio Claro”. Não foram evidenciadas experiências de PEF atuando no Programa Academia da Saúde do

Governo Federal, mesmo assim, este programa foi apontado pela grande maioria dos estudos como um dos espaços com maior potencial de inserção de PEF na atenção básica do SUS.

Dentre as atividades desenvolvidas pelos PEF nestes espaços, os estudos, indicaram que a formação e condução de grupos de caminhada e ginástica e a oferta de classes de exercícios físicos para grupos, têm sido predominantes na rotina de trabalho destes profissionais. Tanto nos NASF quanto nos programas de promoção da saúde e atividade física locais, o modelo de intervenção tem objetivado aumentar o nível de atividade física das populações, acreditando que, com a melhoria da qualidade da alimentação e da aptidão física dos brasileiros, a população estará mais protegida das DCNT e, conseqüentemente, mais saudável.

Com base nestes apontamentos, constatou-se que, nos estudos analisados, a inserção da educação física no SUS e a atuação dos PEF na atenção básica, tem privilegiado as ações de incentivo, prescrição, monitoramento e avaliação dos grupos de usuários quanto à prática de exercícios físicos, em detrimento da abordagem que preconiza uma intervenção construída por meio das práticas corporais e do desenvolvimento da autonomia e do pensamento crítico dos cidadãos. Neste sentido, foi possível verificar que, em grande parte dos artigos científicos, a atuação da educação física na atenção básica não tem sido orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo perceptível o distanciamento entre as propostas contidas nas políticas públicas de saúde, como por exemplo as diretrizes do NASF, e as ações construídas por estes profissionais dentro da atenção básica do SUS.

No que diz respeito à formação em educação física para a atuação no SUS, os estudos demonstraram que existe um distanciamento entre os currículos dos cursos de graduação em educação física e os conteúdos relacionados à saúde pública e coletiva. Foi constatado que a maioria dos cursos de graduação em educação física oferecidos no Brasil, não possuem disciplinas suficientes ou oportunidades de estágios supervisionados no campo da saúde pública. Esta realidade demonstra que o interesse do meio acadêmico em formar profissionais capacitados para o trabalho no SUS, tem sido pequeno dentro da maioria das IES do Brasil.

Com a evidente fragilidade da formação em educação física para o trabalho no SUS, a alternativa sugerida pelos estudos analisados, foi a aproximação dos acadêmicos e profissionais de educação física com projetos de pesquisa e extensão e programas

de pós-graduação. Neste sentido, dentro da graduação, programas como o PRÓ-Saúde e PET-Saúde têm sido boas alternativas para os acadêmicos de educação física se aproximarem de conteúdos e experiências relacionadas à saúde pública brasileira. Na mesma medida, programas de pós-graduação, como as residências multiprofissionais, têm representado boas oportunidades de formação continuada, capacitação e aprofundamento dos conhecimentos do PEF com as temáticas da saúde coletiva e as possibilidades de atuação do PEF no SUS.

Diante dos fatos apresentados, concluiu-se que a inserção da educação física na atenção básica do SUS, tem se caracterizado por conflitos e contradições no que tange a formação e a atuação do PEF. Se por um lado a presença deste profissional nos espaços da atenção básica tem crescido na última década, por outro, a formação em educação física não tem correspondido de maneira adequada a esta nova demanda profissional.

Deste modo, pode-se afirmar que a atuação do PEF na atenção básica do SUS tem acontecido, em muitos espaços, de forma precária e não condizente com as propostas e diretrizes contidas nas políticas públicas de saúde para a atuação da educação física na saúde pública brasileira.

Esta precariedade na formação, tem influenciado na atuação do PEF na atenção básica, uma vez que as atividades desenvolvidas por estes profissionais, pouco tem se diferenciado dos modelos de intervenção tradicionais pautados em princípios biológicos ou de rendimento. Foi possível perceber, por exemplo, semelhanças entre o trabalho realizado pelo PEF no SUS, e as aulas desenvolvidas nas academias de ginástica distribuídas por todo o Brasil.

Sobre esta questão, é importante salientar que a atuação da educação física no SUS, deve possibilitar a troca de experiências e conhecimentos, se propondo, a partir do cuidado integral e do movimento corporal, promover a saúde, a qualidade de vida, a felicidade, o prazer pelo movimento corporal, a inclusão dos diferentes grupos, a autonomia e o desenvolvimento da consciência crítica dos cidadãos.

Neste sentido, a reprodução de modelos mercantilizados, que se sustentam com base em padrões de corpo e beleza difundidos pelos meios de comunicação e pela indústria cultural, não parece ser o caminho ideal para a consolidação da educação física dentro

do SUS. Na mesma medida, a atuação orientada para o tratamento e prevenção das DCNT, destoa da proposta de promoção da saúde apresentada na PNPS.

Este modelo de atuação, que é centrado na doença e nos determinantes biológicos, se assemelha mais com a proposta biomédica de saúde do que com o modelo biopsicossocial, pautado em determinantes sociais de saúde e defendido pelo SUS.

É importante ressaltar, que este estudo se limitou a analisar publicações de artigos científicos anexados em uma das bases de dados existentes no meio eletrônico, o LILACS. Deste modo, é possível afirmar que as considerações aqui feitas não são suficientes para determinar a realidade geral da inserção da educação física na atenção básica do SUS. Porém, acredita-se que esta dissertação pode contribuir, e subsidiar, o trabalho desenvolvido pelos PEF que estão inseridos na atenção básica do SUS nas diferentes regiões do Brasil.

Além disso, os descritores utilizados na busca pelos artigos científicos foram extraídos do DeCS. Este fato implica na possibilidade de que alguns estudos que discutem a temática da educação física na atenção básica do SUS, mesmo estando anexados na plataforma do LILACS, não tenham sido localizados, pois, é possível, que as palavras chaves e terminações utilizadas por estes estudos não sejam os mesmos que foram empregados para esta dissertação.

Neste sentido, sugere-se que estudos futuros se empenhem, por meio de pesquisas de campo, em reavaliar a situação da inserção da educação física na atenção básica do SUS, procurando (a partir de entrevistas, grupos focais, roteiros de observação, entre outras estratégias) apresentar as condições da atuação e da formação do PEF de educação física na atenção básica das diferentes regiões do Brasil, em especial no estado de Goiás, que é a região de origem desta pesquisa.

Por fim, acredita-se que o ponto final não se remete o término desta história, pelo contrário, para aqueles que acreditam e lutam por dias melhores, o fim nada mais é, do que a possibilidade de um novo começo.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM, T. E. C. **Programas de promoção de atividade física no Brasil**. Tese (Doutorado em Epidemiologia), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2013. 215p.
- ANDRADE, D. R.; COSTA, E. F.; GARCIA, L. M. T.; FLORINDO, A. A. Formação do Bacharel em Educação Física frente à situação de saúde no Brasil. In: BENEDETTI, T. R. B; SILVA, D. A. S.; SILVA, K. S.; NASCIMENTO, J. V. (orgs). **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, p 87-107, 2014.
- ANDRELLO, E.; LOCH, M. R.; CALCIOLARI JUNIOR, A.; REICHERT, F. F. Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas/RS, v. 17, n. 3, p. 206-211, 2012.
- 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**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.
- ARAÚJO, D. S. M. S; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**. v. 6, n. 5, p. 194 - 203, 2000.
- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. Considerações Teóricas Acerca das Questões Relacionadas à Promoção da Saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Orgs). **A Saúde em Debate na Educação Física**. Blumenau: Ed. Edibes, p. 15 – 31, v. 1, 2003. 191p.
- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A Saúde em debate na Educação Física**. Blumenau: Nova Letra, v. 2, 2006. 240p.
- BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. **A Saúde em debate na Educação Física**. Ilhéus: Editus, v. 3, 2007. 294p.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977. 226p.
- BAUMAN, A. F. Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000-2003. **J. Sci. Med. Sport**. v. 7, n. 1, p. 6-19, 2004.
- BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J. Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde. In: BENEDETTI, T. R. B; SILVA, D. A. S.; SILVA, K. S.; NASCIMENTO, J. V. (orgs.) **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, p. 51-66, 2014.
- BETTI, M. **Educação Física e sociedade**. São Paulo: Movimento, 1991, 208p.
- BONFIM, M. R; COSTA, J. L. R.; MONTEIRO, H. L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 3, p. 167-173, 2012.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União. Brasília, 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília. Ministério da Saúde, 1990a. 10p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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. Diário Oficial da União. Brasília, 1990b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União. Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 6 de março de 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Agita Brasil: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 63. Brasília, 2002a. 28p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hiperdia: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos**. Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002b. 104p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 07/2004, de 31 de março de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena. Brasília, 2004a. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces0704edfisica.pdf>. Acesso em: 01 set. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2004b. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde (FUNASA). **100 Anos de Saúde Pública: A Visão da FUNASA** – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004c. 232p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, 2005. 77p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 7. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos Pela Saúde, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova 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 (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília. 2006c.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. Brasília, 2006d.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 8. Brasília: CONASS, 2007a. 232p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007b. 148p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 27. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 160p.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2010 (PNAD)**. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 2011c.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011.** Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 114p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 62p.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, p.24-25, 16 abr. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013.** Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 182p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de DCNT e Promoção da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde: Cartilha informativa.** Fascículo I. Brasília, 2014. 18p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015. 38p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2014.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015b. 154p.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 57, n.5, p. 611-614, 2004.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. 154p.

CAPONI, S. A saúde com objeto de reflexão filosófica. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A. **A Saúde em Debate na Educação Física.** Blumenau(SC): Edibes, p. 115-136, v. 1, 2003.

- CARVALHO, Y. M. **O "Mito" da Atividade Física e Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. 133p.
- CARVALHO Y. M. de. Promoção da saúde, práticas corporais e atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, v. 7, p. 33-45, 2006.
- CARVALHO, Y. M.; FREITAS, F. F. Atividade Física, saúde e comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 489-506, 2006.
- CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. F.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Rep**. v. 31, p. 100-126, 1985.
- CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, p. 47-62, 2007.
- CODOGNO, J. S.; TURI, B. C.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. Nível de atividade física no lazer em usuários do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas/RS, v. 17, n. 6, p. 543-551, 2012.
- CORREA, L. Q.; VALÉRIO, M. P.; TEIXEIRA, A. O.; GUERREIRO, L. F.; SILVEIRA, D. F.; MACHADO, P. T.; XAVIER, B. E. B.; OLIZ, M. M.; ANTUNES, D. S. H.; KNUTH A. G. A Atuação da Educação Física nas Residências Multiprofissionais em Saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**. Fortaleza: v. 27, n. 3, p. 428-433, 2014.
- COSTA, L. C.; LOPES JUNIOR, C, A, F.; COSTA, E, C., et al. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do profissional de educação física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas/RS, vol. 17, n. 2, p. 107-113, 2012.
- COSTA, B. V. L.; MENDONÇA, R. D.; SANTOS, L. C.; PEIXOTO, S. V.; AVES, M.; LLOPES, A. C. S. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 18, v. 1, p. 95-102, 2013.
- CRUZ, D. K. A.; MALTA, D. C. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In: BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S.; SILVA, K. S.; NASCIMENTO, J. V. (orgs). **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, p. 23-50, 2014.
- CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 35, n. 4, p.16-24, 2006.
- DAMICO, J. Rasuras disciplinares e amputação de saberes. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 269-287, 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**. Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-99, 2013.
- FERRAZ, L. O PET-Saúde e sua Interlocação com o Pró-Saúde a Partir da Pesquisa: o Relato dessa Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 36, n. 1, p. 166-71, 2012.
- FILHO, N. A.; FUCÁ, V. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 7, n. 4, p. 879-889, 2002.

- 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 & Saúde**. v. 14, n. 1, 2009.
- FONSECA, S. A.; MENEZES, A. S.; LOCH, M. R.; FEITOSA, W. M. DO N.; NAHAS, M. V.; NASCIMENTO, J. V. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: ABENEFS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2011.
- FRAGA, A.; WACHS, F. (Orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. 133p.
- FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M.; GOMES, I. M. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, 2012.
- FRANÇA, M. A. S. A. **Indicadores utilizados em saúde bucal no Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Goiânia, 2013. 390p.
- FREITAS, F. F.; BRASIL, F. K.; SILVA, C. L. Práticas Corporais e Saúde: Novos Olhares. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**. Campinas, v. 27, n. 3, p. 169-183, 2006.
- GIANNOTTI, J. A. **Discurso sobre o espírito positivo e a primeira lição do Curso de filosofia positiva (Comte, A.)**. In. GIANNOTTI, J. A (org.) Comte (1798-1857): Vida e Obra. São Paulo, Abril Cultural: Os pensadores, 1978. 637p.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2002. 175p.
- GIRALDO, A. E. D.; GOMES, G. A. O.; SERAFIM, T. H. S.; ZORZETO, L. P.; AQUINO, D. C.; KOKOBUN, E. Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas/RS, v. 18, n. 2, p. 186-196, 2013.
- GOERSCH, C. M.; LAMBOGLIA, F.; FRANCHI, K. M. B.; BATISTA, L. G.; MAIA, D. S. S. Prática da atividade física como facilitadora da promoção de saúde: relato de experiência exitosa do Pró-Saúde e PET-Saúde da UNIFOR. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 521-526, out./dez., 2012.
- GOMES, M. A.; DUARTE, M. F. S.; Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa – Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 13, n. 1, 2008.
- GOMES, G. A. O; KOKUBUN, E.; MIEKE, G. I.; RAMOS, L. R.; PRATT, M.; PARRA, D. C.; SIMÕES, E.; FLORINDO, A. A.; BRACCO, M.; CRUZ, D.; MALTA, D.; LOBELO, F.; HALLAL, P. C. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2155-2168, 2014.
- GONZALEZ, F. J. Práticas corporais e o Sistema Único de Saúde: Desafios para a intervenção profissional. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M (orgs.). **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 135-162, 2015.
- GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A.; FREITAS, M. I. F.; SANTOS NETO, P. M. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil

e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, v. 5, n. 4, p. 63-74, 2014.

GUEDES, D. P. Atividade física, aptidão física e saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 1, n. 1, p. 18-35, 1995.

HALLAL, P. C.; TENÓRIO, M. C. M.; TASSITANO, R. M.; REIS, R. S.; CARVALHO, Y. M.; CRUZ, D. K. A.; DAMASCENA, W.; MALTA, D. C. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan., 2010.

HALLAL, P. C. Promoção da atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 620-621, 2011.

JOHNSON, J. M.; BALLIN, S. D. Surgeon general's report on physical activity and health is hailed as a historic step toward a healthier nation. **Circulation**. v.94, p.20-45, 1996.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Revista História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.

KOKUBUN, E.; LUCIANO, E; SIBUYA, C. Y.; QUEIROGA, M. R.; RIBEIRO, P. A. B.; SILVEIRA, R. F.; NAKAMURA, P. M. Programa de atividade física em Unidades Básicas de Saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 12, n. 1, p. 45-53, 2007.

KUNZ, E. **Educação Física: ensino & mudanças**. Ijuí: Unijuí, 1991. 264p.

LEWIS, A. Saúde. In: Silva, B. (Org.). **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. p. 1099-1101, 1986.

LILACS. Literatura Latino-Americana em ciências da saúde, uma fonte de informação para o profissional da saúde. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 61-63, 1989.

LOCH, R. R.; BRUNETTO, B. C.; RODRIGUES, C. G.; NAHAS, M. V. A Saúde Pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v. 16, n. 2, 2011.

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, 2012.

LOPES, A. C. S.; TOLEDO, M. T. T.; CÂMARA, A. M. C. S.; MENZEL, H. J. K.; SANTOS, L. C. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 475-486, jul-set, 2014.

LOURENÇO, A. Quem tem Direito à Cidade? lutas pelo direito de ir e vir na metrópole do Rio de Janeiro (1980-2005) (Dissertação), Rio de Janeiro: **Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro**, 2006. 173p.

LUZ, M. Saúde e instituições médicas no Brasil. In Guimarães, R. (org). **Saúde e Medicina no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, D. O. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 2007. P. 99-112.

MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIR, J. B. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, D. K. A.; GOSH, C. S. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2008.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; MORAIS NETO, O. T.; TEMPORÃO, J. G. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, 2009.

MATIELLO, J. E.; CAPELA, P.; BREILH, J. (Orgs). **Ensaio alternativo latino-americanos de Educação Física, esportes e saúde**. Florianópolis: Copiart, 2010. 200p.

MATSUDO, S. et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista brasileira de atividade física e saúde**. v. 13, n. 3, p. 178-184, 2008.

MEDEIROS, Mara. **Metodologia da pesquisa na iniciação científica**. Goiânia: E.V., 2006, 168p.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENDES, M. I. B. S. **Mens sana in corpore sano: saberes e práticas educativas sobre corpo e saúde**. Porto Alegre: Sulina, 2007. 167p.

MENDES, K. D. S.; SIVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.4, n. sn, p. 758-64, 2008.

MENDONÇA, C. S. Saúde da Família, agora mais do que nunca! **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 1493-1497, 2009.

MENDONÇA, P. H. L. **Interfaces da educação física com o conceito de saúde: do modelo biomédico à concepção ampliada**. Trabalho de Conclusão de Curso Educação física, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2011. 30p.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.77-92, 2014.

MINAYO, M. C. S. **A saúde em estado do choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992. 128p.

MIRA, C. A. M. **O declínio de um paradigma: ensaio crítico sobre a relação de causalidade entre exercício físico e saúde.** Tese (Doutorado em Educação Física) – Programa de Pós-graduação em Educação Física, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000. 202p.

MIRA, C. A. M. Exercício Físico e Saúde: da crítica prudente. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A. (Orgs.). **A Saúde em Debate na Educação Física.** Blumenau: Edibes, p. 169-191, 2003.

MONTEIRO C. A. **Novos e velhos males da saúde no Brasil: A evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: Hucitec/USP, 1995. 359p.

MORETTI, A. C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS C, M. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

NAKAMURA, P. M.; PAPINI, C. B.; CHYIODA, A.; GOMES, G. A. O.; NETTO, A. V.; TEIXEIRA, I. P.; LUCIANO, E.; KOKUBUN, E, Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** v. 15, n. 2, p. 128-132, 2010.

OLIVEIRA, M. P.; RECHIA, S. O espaço cidade: uma opção de lazer em Curitiba (PR). **Licere,** Belo Horizonte, v. 12, n. 3, p. 1-25, 2009.

OMS, Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Salud Y Bienestar Social De Canadá. Asociación Canadiense de Salud Pública. 1ª. Conferência Internacional sobre Promoción de la Salud. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Ottawa, 1986, 6p.

OPAS/OMS, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. **Promoción de la salud en las Américas.** Washington, D.C: Programa provisional, tema 5.9, 1993, 27p.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

PASQUIM, H. M. **A formação do professor de educação física para o SUS.** Trabalho de Conclusão de Curso - Educação física, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em educação física. **Revista Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

RECIFE, Prefeitura Municipal de Recife. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 19.808, de 03 de abril de 2003.** Institui e regulamenta o Programa Academia da Cidade, da Secretaria Municipal de Saúde. Recife: Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

ROMEIRO, C.; NOGUEIRA, J. A. D.; TINOCO, S. G.; CARVALHO, K. M. B. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde.** Pelotas/RS, v. 18, n. 1, p. 132-142, 2013.

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.** Pelotas, v.17, n.3, p.188-94, 2012.

SANTOS, S. F. S. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família No Brasil e a Atuação Do Profissional de Educação Física.** Dissertação (mestrado), Universidade Federal de

Santa Catarina, Centro de Desportos. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Florianópolis (SC), 2012. 185p.

SANTOS, S. F. S.; LOCH, M. R.; BORGES, R. A.; DAUSSY, M. F. S. Experiências da Educação Física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde. In. BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S.; SILVA, K. S.; NASCIMENTO, J. V. (orgs.) **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, p. 128-159, 2014.

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 Inst**. v.30, n. 4, p. 411-418, 2012.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pág. 29-41, 2007.

SHEPHARD, R. J.; BALADY, G. Exercise as cardiovascular therapy. **Circulation**. v.99, p. 963-972, 1999.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, T. C.; MACHADO, D. A.; DUARTE, S. J. H.; COELHO-RAVAGNANI, C. F. A educação física no programa de educação pelo trabalho para a saúde de Cuiabá-MT. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas/RS, v. 17, n. 2, p.121-124, 2012.

SILVA, D. A. S.; GOLÇALVES, E. C. A.; SOUSA, G. R. et al. O papel do profissional de educação física frente ao impacto global da atividade física. In. BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, S. A. S.; SILVA, K. S. et al. (orgs.). **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, p. 108-127, 2014a.

SILVA, I. J. O.; ALEXANDRE, M. G.; RAVAGNANI, F. C. P.; SILVA, J. V. P.; COELHO-RAVAGNANI, C. F. Atividade física: espaços e condições ambientais para sua prática em uma capital brasileira. **R. Bras. Ci. e Mov**. v. 22, n. 3, p. 53-62, 2014b.

SILVA, J. B. F. **Educação de Corpo Inteiro**. São Paulo: Scipione, 1989. v. 01. 156p.

SOARES, C. L. et al. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortez, 1992. 85p.

SOARES, C. L. **Educação Física: raízes europeias e Brasil**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1º ed. 1994. 143p.

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 & Saúde**. Pelotas/RS: v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

TEIXEIRA, C. Significado estratégico do mestrado profissionalizante na consolidação do campo da saúde coletiva. In: LEAL, M. C.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Cenários possíveis: experiências e desafios do mestrado profissional na saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 32-47, 2006. 284p.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K. **Research methods in physical activity**. Champaign: Human Kinetics, 3.ed. 1996. 496p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP). Faculdade de Educação Física. Projeto pedagógico dos novos currículos dos cursos de educação física: Licenciatura em Educação Física e Graduação em Educação Física. Campinas: Unicamp, 2011. 70p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG). Faculdade de Educação Física. **Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Educação Física**. Goiânia: Faculdade de Educação Física, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCar). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. **Adequação curricular do projeto pedagógico do curso de Bacharelado em Educação Física**. São Carlos: UFSCar, 2014.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Superintendência de Tecnologia da Informação/USP. Escola de Educação Física e Esporte. **Informações básicas de currículo**. Disponível em <https://sistemas.usp.br/jupiterweb/jupCursoLista?codcg=39&tipo=N>. Acesso em 28 de maio de 2016.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília: v. 21, n. 4, p.539-548, 2012.

WHO, World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Fifty-seventh world health assembly. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf). Acesso em: 08 nov. 2015.

WHO, World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO, 2010. 59p.

WHO, World Health Organization. **Global status report on noncommunicable diseases 2014: "Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility"**. World Health Organization: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014. 298p.



**APÊNDICE B – Artigos científicos incluídos no estudo**

<b>ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO</b>				
<b>N°</b>	<b>BASE</b>	<b>NOME</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>AUTOR (ES)</b>
6	LILACS	LI-6	Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system / <b>Características de programas de atividade física na atenção básica de saúde do Brasil</b> / Características de los programas de actividad física en la atención primaria de salud en Brasil	Gomes, Grace Angélica de Oliveira; Kokubun, Eduardo; Mieke, Grégore Iven; Ramos, Luiz Roberto; Pratt, Michael; Parra, Diana C.; Simões, Eduardo; Florindo, Alex A.; Bracco, Mario; Cruz, Danielle; Malta, Deborah; Lobelo, Felipe; Hallal, Pedro C.
7	LILACS	LI-7	Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil / <b>Prevalência de programas de promoção da saúde em unidades básicas de saúde no Brasil</b>	Ramos, Luiz Roberto; Malta, Deborah Carvalho; Gomes, Grace Angélica de Oliveira; Bracco, Mário M; Florindo, Alex Antonio; Mielke, Gregore Iven; Parra, Diana C; Lobelo, Felipe; Simoes, Eduardo J; Hallal, Pedro Curi.
10	LILACS	LI-10	<b>A atuação da educação física nas residências multiprofissionais em saúde</b> / Performance of physical education in multiprofessional health residency / La actuación de la educación física en las residências multiprofesionales en salud	Quadro Corrêa, Leandro; Pinto Valério, Mirella; Oliveira Teixeira, André; Guerreiro, Luis Fernando; Fossati Silveira, Daniel; Terra Machado, Pitágoras; Botelho Xavier, Bruno Ezequiel; Oliz, Manoela Maciel; Silveira Heredia Y Antunes, Diogo; Goularte Knuth, Alan.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
12	LILACS	LI-12	<b>Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na atenção primária à saúde de Belo Horizonte-MG</b> / Health conditions and counseling on diet and physical activity in primary care in Belo Horizonte, Minas Gerais state, Brazil / Condiciones de salud y consejos sobre alimentación y actividad física en la atención primaria de salud de Belo Horizonte-MG	Lopes, Aline Cristine Souza; Toledo, Mariana Tâmara Teixeira de; Câmara, Ana Maria Chagas Sette; Menzel, Hans-Joachim Karl; Santos, Luana Caroline dos.
15	LILACS	LI-15	<b>Atividade física: espaços e condições ambientais para sua prática em uma capital brasileira</b> / Physical activity: spaces and environmental conditions for its practice in a brazilian capital	Silva, Igor Joaquim Oliveira; Alexandre, Marcelo Gomes; Ravagnani, Fabrico Cesar de Paula; Silva, Junior Vagner Pereira da; Ravagnani, Christianne de Faria Coelho.
23	LILACS	LI-23	<b>A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação</b> / The position of physical education professionals within primary healthcare and the challenges in their training / La inserción del profesional de educación física en la atención primaria a la salud y los desafíos en su formación	Falci, Denise Mourão; Belisário, Soraya Almeida.
27	LILACS	LI-27	<b>Atividade física em gestantes assistidas na atenção primária a saúde</b> / Actividad física en gestantes atendidas en la asistencia primaria de la	Carvalhaes, Maria Antonieta de Barros Leite; Martiniano, Ana Carolina de Almeida; Malta, Maira Barreto; Takito, Monica Yuri; Benicio, Maria Helena DAquino.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
			salud / Physical activity in pregnant women receiving care in primary health care units	
31	LILACS	LI-31	<b>Variáveis individuais, ambientais e sociais associadas com o uso de espaços públicos abertos para a prática de atividade física: uma revisão sistemática</b> / Individual, environmental and social variables associated with the use of public open spaces for physical activity practices: a systematic review	Fermino, Rogério César; Reis, Rodrigo Siqueira.
38	LILACS	LI-38	<b>Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise</b> / Social inequalities in health and corporal practices: a singular analysis exercise	Bagrichevsky, Marcos; Santos Júnior, Vitor Jorge dos; Estevão, Adriana; Vasconcellos-Silva, Paulo Roberto.
43	LILACS	LI-43	<b>Influência de um programa de exercícios físicos no uso de serviços de saúde na Atenção Básica de Saúde do município de Rio Claro, SP</b> / Influence of a physical activity program on the use of Primary Care services in the city of Rio Claro, SP	Giraldo, Andrea; Gomes, Grace; Serafim, Thais; Zorzeto, Lucas; Aquino, Diogo; Kokubun, Eduardo.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
49	LILACS	LI-49	<b>O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal / The logic model as a planning, implementation and evaluation tool of a health promotion program on the health family strategy of Distrito Federal</b>	Romeiro, Caroline; Nogueira, Júlia; Tinoco, Sarah; Carvalho, Kênia.
51	LILACS	LI-51	<b>Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde / City Academy: a health promotion service in the healthcare network of the Unified Health System</b>	Costa, Bruna Vieira de Lima; Mendonça, Raquel de Deus; Santos, Luana Caroline dos; Peixoto, Sérgio Viana; Alves, Marília; Lopes, Aline Cristine Souza.
63	LILACS	LI-63	<b>Nível de atividade física no lazer em usuários do sistema único de saúde / Level of leisure physical activity in users of the Brazilian public health system</b>	Codogno, Jamile Sanches; Turi, Bruna Camilo; Fernandes, Rômulo Araújo; Monteiro, Henrique Luiz.
65	LILACS	LI-65	<b>Prática da atividade física como facilitadora da promoção de saúde: relato de experiência exitosa do Pró-saúde e Pet saúde da UNIFOR / Physical activity practice as health promotion help: report of a successful experience of Pró Saúde and Pet Saúde UNIFOR</b>	Lamboglia, Carminda Maria Goersch Fontenele; Franchi, Kristiane Mesquita Barros; Batista, Leandro Gadelha; Maia, Diego Sergio da Silva.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
N°	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
66	LILACS	LI-66	<b>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</b> / The role of physical education professional in the Single Health System: an analysis from the National Policy for Health Promotion and from the Guidelines for the Nucleus of Support to Family Health	Scabar, Thaís Guerreiro; Pelicioni, Andrea Focesi; Pelicioni, Maria Cecilia Focesi.
69	LILACS	LI-69	<b>Políticas de formação em educação física e saúde coletiva</b> / Policies for training in physical education and public health	Fraga, Alex Branco; Carvalho, Yara Maria de; Gomes, Ivan Marcelo.
79	LILACS	LI-79	<b>Ações de educação física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências</b> / Physical education actions in brazilian public health: expectations versus evidence	Bonfim, Mariana Rotta; Costa, José Luiz Riani; Monteiro, Henrique Luiz.
80	LILACS	LI-80	<b>Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de educação física</b> / Deployment scenario the Support Nucleus Family's Healthy and the insertion of professional physical education	Santos, Sueyla F da Silva dos; Benedetti, Tânia R Bertoldo.
82	LILACS	LI-82	<b>Atividade física e saúde pública sob o olhar de secretários municipais de saúde</b> / Physical activity and public health by the perspective of municipal health secretaries	Andrello, Eduardo; Loch, Mathias Roberto; Calciolari Junior, Anísio; Reichert, Felipe Fossati.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
N°	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
83	LILACS	LI-83	<b>Do diagnóstico à ação: a experiência da pesquisa Ambiente Ativo na promoção da atividade física em Ermelino Matarazzo, na zona leste de São Paulo, SP</b> / From diagnosis to action: the experience of the ?Active environment? research in the physical activity promotion in Ermelino Matarazzo, in the east zone of São Paulo, SP	Andrade, Douglas Roque; Costa, Evelyn Fabiana; Ribeiro, Evelyn Helena Corgosinho; Salvador, Emanuel Péricles; Garcia, Leandro Martin Totaro; Florindo, Alex Antonio.
86	LILACS	LI-86	<b>A educação física e as residências multiprofissionais em saúde</b> / Physical education and health in households multiprofessional	Loch, Mathias Roberto; Florindo, Alex Antonio.
87	LILACS	LI-87	<b>Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do profissional de educação física</b> / Vocational training and productivity in public health professional physical education	Costa, Larissa Chaves; Lopes Junior, Carlos Alberto Furtado; Costa, Edmara Chaves; Feitosa, Michelle Cochrane; Aguiar, Jaina Bezerra de; Gurgel, Luilma Albuquerque.
88	LILACS	LI-88	<b>A educação física no programa de educação pelo trabalho para a saúde de Cuiabá-MT</b> / The physical education program in education by working for the health of Cuiaba-MT	Silva, Valdemar Guedes da; Ribeiro, Tamires Cortat; Machado, Amélia Dreyer; Duarte, Sebastião Junior Henrique; Coelho-Ravagnani, Christianne de Faria.
101	LILACS	LI-101	<b>Das críticas às possibilidades: perspectivas de atuação da educação física em saúde coletiva</b> / From the critics to the possibilities: Physycal Education acting in Public Health	Beccalli, Michel Binda; Gomes, Ivan Marcelo.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
N°	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
106	LILACS	LI-106	<b>Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs</b> / For the creation of the Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs	Fonseca, Silvio Aparecido; Menezes, Aldemir Smith; Loch, Mathias Roberto; Feitosa, Wallacy Milton do Nascimento; Nahas, Markus Vinicius; Nascimento, Juarez Vieira do.
111	LILACS	LI-111	<b>Rasuras disciplinares e amputação de fazeres</b> / Erasures disciplinary and amputation from doing	José Damico, José.
124	LILACS	LI-124	<b>A Saúde Pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática</b> / The Public Health in the Brazilian Congress on Physical Activity and Health Annals (1997-2009): a systematic review	Loch, Mathias Roberto; Brunetto, Bruna Camargo; Rodrigues, Camila Guerreiro; Nahas, Markus Vinicius.
126	LILACS	LI-126	<b>Promoção da atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública</b> / Promotion of physical activity in Brazil: an issue beyond public health	Hallal, Pedro C.
129	LILACS	LI-129	<b>Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná</b> / Professional intervention in Physical Education at the Health Family Support Nucleus in municipalities in the North of Paraná	Souza, Silvana Cardoso de; Loch, Mathias Roberto.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
N°	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
143	LILACS	LI-143	<b>Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro /</b> Intervention Program to Practice of Physical Activity: Saúde Ativa Rio Claro	Nakamura, Priscila Missaki; Papini, Camila Bosquiero; Chiyoda, Alberto; Gomes, Grace Angélica de Oliveira; Netto, Américo Valdanha; Teixeira, Inaian Pignatti; Luciano, Eliete; Kokubun, Eduardo.
150	LILACS	LI-150	<b>A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física /</b> Public health in Physical Education undergraduate courses	Pasquim, Heitor Martins.
151	LILACS	LI-151	<b>Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários /</b> Evaluation of the Academia da Cidade program to promote physical activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and non-users	Hallal, Pedro C; Tenório, Maria Cecília Marinho; Tassitano, Rafael Miranda; Reis, Rodrigo Siqueira; Carvalho, Yara Maria; Cruz, Danielle Keylla Alencar; Damascena, Wilson; Malta, Deborah Carvalho.
161	LILACS	LI-161	<b>A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional /</b> Physical education and the family health strategy: professional development and practice	Anjos, Tatiana Coletto dos; Duarte, Ana Cláudia Garcia de Oliveira.
162	LILACS	LI-162	<b>Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos</b>	Florindo, Alex Antonio.

ARTIGOS CIENTÍFICOS INCLUÍDOS NO ESTUDO				
Nº	BASE	NOME	TÍTULO	AUTOR (ES)
164	LILACS	LI-164	<b>A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS / National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the national health system in Brazil</b>	Malta, Deborah Carvalho; Castro, Adriana Miranda de; Gosch, Cristiane Scolari; Cruz, Danielle Keylla Alencar; Bressan, Aline; Nogueira, Júlia Devidé; Morais Neto, Otaliba Libânio de; Temporão, José Gomes.
178	LILACS	LI-178	<b>A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde / Physical activity and health promotion in the context of the brazilian public health system</b>	Malta, Deborah Carvalho; Castro, Adriane Miranda de; Cruz, Danielle Keylla Alencar; Gosh, Cristiane Scolari.
179	LILACS	LI-179	<b>Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa ação e saúde Floripa, Brasil / Effectiveness of physical</b>	Gomes, Marcius de Almeida; Duarte, Maria De Fátima Da Silva.
185	LILACS	LI-185	<b>Academia da Terceira Idade: promoção da saúde e atividade física em Maringá / Fitness academy for the third age: promoting health and physical activity in Maringá, Paraná, Brazil</b>	Palácios, Ana Rosa Oliveira Poletto; Nardi, Antonio Carlos Figueiredo.
187	LILACS	LI-187	<b>Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro-SP / Program of physical education in basic health units: experiment report in Rio Claro County SP</b>	Kokubun, Eduardo; Luciano, Eliete; Sibuya, Clarisse Yoshiko; Queiroga, Marcos Roberto; Ribeiro, Paula Aver Bretanha; Silveira, Rafael Fernando; Nakamura, Priscila Missaki.
190	LILACS	LI-190	<b>Atividade física, saúde e comunidade / Physical activity, health and community</b>	Carvalho, Yara M; Freitas, Fabiana Fernandes de.