

# MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS PROGRAMAS NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Cassio Hartmann<sup>1</sup>

Gabriel César Dias Lopes<sup>2</sup>

Fábio da Silva Ferreira Vieira<sup>3</sup>

Bensson V. Samuel<sup>4</sup>

## RESUMO

Esse artigo tem como finalidade mostrar o modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil e o envolvimento do Profissional de Educação Física nos Programas NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, e PSF – Programa Saúde da Família. Caracteriza-se como pesquisa qualitativa, aquela que identifica fatores relevantes de um objeto de maneira a analisar o teor de documentos ou realidades, e ainda ressaltam a importância do embasamento teórico. Conclui-se que de acordo com a Constituição Federal de 1988, deve-se obedecer a 13 princípios para a preconização das condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim o professor de Educação Física conseguirá desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a fim de reduzir os agravos e danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos.

**Palavras-chaves:** Atenção Primária em Saúde; Saúde da Família; Profissional de Educação Física.

<sup>1</sup>Professor de Educação Física SEM FRONTEIRAS DA FIEP-BRASIL / Delegado Adjunto Nacional da Federação Internacional de Educação Física FIEP / Secretario e Imortal da ABEF – Academia Brasileira de Educação Física / Conselheiro CREF 19AL / Professor de Educação Física do Instituto Federal de Alagoas/IFAL e doutorando em saúde coletiva com ênfase em Educação Física E-mail: [cassiohartmann04@gmail.com](mailto:cassiohartmann04@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Dr. Gabriel C. D. Lopes, PhD Professor e Orientador Doutor em Educação / PhD em Psicanálise Clínica Presidente da LUI – Logos University Int. Professor / Membro Imortal da ABEF – Academia Brasileira de Educação Física – E-mail: [president@unilogos.education](mailto:president@unilogos.education)

<sup>3</sup> Professor Coorientador / Doutor em Ciências do Movimento Humano / Mestre em Educação Física / Especialista em Fisiologia do Exercício / Delegado Adjunto da Federação Internacional de Educação Física FIEP-PR. E-mail: [vieira.fsf@gmail.com](mailto:vieira.fsf@gmail.com)

<sup>4</sup> Professor de Ciências e Médico / Bacharel em Medicina Poznan University of Medical Science, Poland/ Bacharel em Ciências Médicas e Laboratoriais (Cito-Tecnologia) University of Connecticut, Storrs, CT, USA / Especialista em Clínica Geral Queen Mary University / Especialista em Urgência e Emergência Medvarsity-Apollo Hospital / Doutorado em Liderança e Gestão Estratégica London School of Internation Business / Doutorado PhD: Pan-American University - Health Care Management / Doutorado PhD: Swiss Open University in Economics. E-mail: [besson123@yahoo.com](mailto:besson123@yahoo.com)

## ABSTRACT

This article aims to show the primary care model in public health in Brazil and the involvement of the Physical Education Professional in the NASF - Family Health Support Center, and PSF - Family Health Program. It is characterized as qualitative research, one that identifies relevant factors of an object in order to analyze the content of documents or realities, and still emphasize the importance of the theoretical basis. It is concluded that according to the Federal Constitution of 1988, 13 principles must be obeyed for the promotion of conditions for the promotion, protection and recovery of health, so that the Physical Education teacher will be able to develop actions that propitiate the improvement the quality of life of the population, in order to reduce the injuries and damages resulting from non-communicable diseases, which favor the reduction of the consumption of medicines.

**Keywords:** Primary Health Care; Family Health; Physical Education Professional.

## RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo mostrar el modelo de atención primaria en salud pública en Brasil y la participación de los profesionales de educación física en el NASF - Centro de apoyo a la salud familiar y PSF - Programa de salud familiar. Se caracteriza por ser una investigación cualitativa, una que identifica factores relevantes de un objeto para analizar el contenido de documentos o realidades,

y aún enfatiza la importancia de la base teórica. Se concluye que de acuerdo con la Constitución Federal de 1988, se deben obedecer 13 principios para la promoción de condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, para que el maestro de Educación Física pueda desarrollar acciones que propicien la mejora La calidad de vida de la población, con el fin de reducir las lesiones y daños resultantes de las enfermedades no transmisibles, que favorecen la reducción del consumo de medicamentos.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud; Salud Samiliar; Profesional de Educación Física.

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, Inglaterra, Suécia, Portugal, Itália, Canadá, Cuba, entre outros países, serviram de referência para a construção das políticas públicas de saúde brasileiras (SANTOS & MELO, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS – é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A estrutura organizacional e as diretrizes sanitárias do SUS no Brasil, foram inspiradas, em grande parte, nas políticas de bem-estar social de vários países, como citado no primeiro parágrafo da introdução (AGUIAR, 1998; VIANA & DAL POZ, 2005; CONILL, 2008; SILVEIRA, 2008; ALBUQUERQUE & MELO, 2010; BONET, 2014).

A composição de cada um dos NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados

epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o **SUS** é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

Portanto, esse artigo tem como finalidade mostrar o modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil e o envolvimento do Profissional de Educação Física nos programas NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA –, E PSF – PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA –, esse envolvimento pode ser entendido como um fenômeno já abordado em artigos anteriores como: “Trajetória Cronológica do Profissional de Educação Física e Reconhecimento do Profissional de Educação Física pelo Conselho Nacional de Saúde: Intervenção e Recomendações” Sobre Conduas e Procedimentos na Atenção Básica à Saúde, diante do exposto surgiu a necessidade em se falar e contribuir com o Modelo de Atenção Primária em Saúde Pública no Brasil e as Principais Características da ESF – Equipe Saúde da Família – Brasileira.

Esse estudo caracteriza-se como pesquisa qualitativa, pois, estabelece a identificação de fatores relevantes no que concerne o envolvimento do Profissional de Educação Física nos programas de saúde da família, portanto tem como finalidade analisar o teor de seus documentos e a realidade existente, assim como a importância do embasamento teórico (MARCONI & LAKATOS, 2017).

## **2 Modelo de Atenção Primária em Saúde Pública no Brasil e as Principais Características da Equipe Saúde da Família - ESF Brasileira**

A partir da década de 1980, a Reforma Sanitária teve por objetivo realizar uma ampla transformação do sistema de saúde e contribuiu de maneira decisiva para a reformulação das políticas de saúde brasileiras. Tal processo culminou

com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde, legitimado por meio da Lei nº 8.080/90, e reafirmou a “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Costa, Pontes e Rocha (2006) fundamentados na premissa de que a produção de saúde é determinada socialmente, o SUS foi instituído como estratégia para garantir atendimento integral e cobertura universal, de forma descentralizada.

Pode-se dizer, que com a criação do SUS, houve a preconização das condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e incorporou, no art. 198 da Constituição Federal, diretrizes que devem obedecer a 13 princípios, expressos no art. 7º da Lei nº 8.080/90.

1- **Universalidade:** todos os indivíduos têm direito à saúde, em todos os níveis de assistência, por meio de serviços de saúde e políticas econômicas e sociais.

2- **Integralidade:** assistência curativa aliada à prevenção de doenças e à promoção da saúde, o que envolve todos os níveis de complexidade do sistema.

3- **Autonomia:** toda pessoa deve ter sua autonomia preservada na defesa da sua integridade física e moral.

4- **Equidade:** todo cidadão é igual perante o SUS, sem privilégios de qualquer espécie, devendo ser atendido segundo as suas necessidades.

5- **Informação:** toda pessoa assistida tem direito à informação sobre sua saúde.

6- **Divulgação sobre os serviços:** as informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelos usuários devem ser divulgadas.

7- **Utilização da Epidemiologia:** as informações epidemiológicas devem ser usadas a fim de que se estabeleçam prioridades, se aloquem recursos e se realize orientação programática.

8- **Participação Popular:** gestão participativa das políticas de saúde, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde.

9- **Descentralização:** os serviços de saúde estão estruturados de acordo com os níveis de administração pública, com ênfase na esfera local e abrangendo os princípios da Regionalização –

os serviços de saúde estão organizados conforme a sua especificidade.

**10- Hierarquização** – os serviços de saúde são organizados segundo a sua complexidade.

**11- Integração:** as ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico estão integradas em nível executivo.

**12- Conjugação de Recursos:** os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios estão conjugados na prestação dos serviços de assistência à saúde.

**13- Resolubilidade:** capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

## 2.1 Organização do Sistema de Saúde

A partir da década de 1990, a família e a comunidade adquirem mais importância para a reorganização da assistência à saúde e algumas estratégias, focadas na prevenção de doenças e na promoção da saúde na esfera comunitária, são implantadas.

Em 1991, é criado o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – visando diminuir as mortalidades infantil e materna, por meio do acesso a serviços de saúde nas regiões mais pobres do país (VIANA & DAL POZ, 2005).

A ampliação do PACS se deu, em 1994, com a criação do PSF, que promoveu a valorização do território, o estabelecimento de vínculos estreitos com a população, o trabalho em equipes multidisciplinares, a promoção da saúde por meio de ações intersetoriais e o estímulo à participação comunitária, entre outros aspectos. Após avançar em todas as regiões do país, o PSF reorienta o modelo assistencial, fundamentando na atenção básica e constituindo-se como eixo ordenador da saúde no Brasil.

Ao se tornar o braço auxiliar na implantação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, o PSF deixa de ser um Programa para ser definido como Estratégia Saúde da Família (VIANA & DAL POZ, 2005).

Na ESF, a Unidade de Saúde da Família está inserida no nível primário de ações e serviços do sistema local de saúde, caracterizando-se por ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de

saúde. Pelos princípios da integralidade e da hierarquização, a Unidade deve assegurar a referência e a contrarreferência de informações em saúde para os demais níveis do sistema (secundário ou terciário), sempre que se fizer necessária uma maior complexidade tecnológica.

A Portaria nº 2.488, de 2011, estabelece que a Equipe de Saúde da Família deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo, médico generalista ou médico de família, enfermeiro, professor de educação física, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em número suficiente para cobrir toda a população cadastrada. Cada agente deve ser responsável por, no máximo, 750 pessoas, a fim de realizar cadastramentos domiciliares, ações educativas, atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, entre outras atribuições.

As Equipes devem ter responsabilidade sanitária pelos seus territórios de referência e as suas funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e pela enfermeira. Além disso, a Portaria nº 2.488/11 determina que o trabalho deve ser desenvolvido com o suporte dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), criados com a finalidade de aumentar a abrangência e a eficácia das iniciativas de atenção primária.

As equipes do NASF são formadas por profissionais de nível superior de diferentes áreas e atuam sobre demandas identificadas pelas Equipes Básicas de Saúde, mas não estão organizados como serviços com unidades físicas independentes. As ações de apoio desenvolvidas pelo NASF abrangem discussões de casos.

De acordo com a Portaria nº 648, de 2006, as Equipes de Saúde Bucal trabalham integradas a uma ou duas Equipes de Saúde da Família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território, aos quais está vinculada. As Equipes de Saúde Bucal devem ter, basicamente, cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, sendo que, em casos específicos, pode ter técnico de higiene dental.

## 2.2 Relação Público-Privado

Conforme o art. 199 da Constituição Federal de 1988, as instituições privadas podem participar do SUS, de forma complementar, seguindo as diretrizes deste. Mais tarde, a fim de regulamentar a atuação dos planos privados de saúde, a Lei nº 9.565, de 1998, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deve controlar, avaliar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

No Brasil, a iniciativa privada tem liberdade para dar cobertura aos mesmos serviços de saúde cobertos pelo SUS e, na prática, têm grande abrangência, principalmente, no que se refere à atenção ambulatorial.

A Lei nº 8.080/90 também estabelece que o **SUS** pode celebrar convênios ou contratos de direito público com a iniciativa privada, a fim de garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, quando as disponibilidades do **SUS** forem consideradas insuficientes. Nesses casos, as entidades filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos têm preferência.

## 2.3 Cobertura a Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos do Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), aprovada pela Lei nº 3.916/98, assegura o acesso gratuito à medicação necessária a pacientes atendidos no SUS, em todos os níveis de atenção.

Conforme o art. 6º da Lei nº 8.080/90, o fornecimento de medicamentos atende ao princípio da integralidade da assistência, pois o medicamento não é concebido isoladamente, mas é um dos componentes do tratamento.

Os medicamentos considerados essenciais à terapêutica da maioria dos problemas de saúde, são ofertados a baixo custo aos pacientes atendidos na rede privada de saúde, por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil, criado em 2004 pelo Decreto nº 5.090 e atualmente regulado pela Portaria nº 111/2016, o Programa Farmácia Popular do Brasil, disponibiliza medicamentos, via convênios entre Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos,



além de farmácias e drogarias privadas, onde o preço dos medicamentos é subsidiado.

### **3 PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS PROGRAMAS NASF E PSF**

O profissional de Educação Física pode atuar como autônomo em instituições como em órgãos públicos e privados de prestação de serviços que envolvam a atividade física ou o exercício físico, incluindo aquelas responsáveis pela atenção básica a saúde, onde poderá atuar nos três níveis de intervenção (primária, secundária e terciária), dependendo das necessidades do indivíduo e do grau de competência do profissional (HARTMANN & LOPES, 2020).

Entende-se por intervenção primária, qualquer ato destinado a diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos.

A intervenção secundária busca diminuir a prevalência de uma doença numa população reduzindo sua evolução e duração, exigindo diagnóstico precoce e tratamento imediato.

A intervenção terciária visa diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas a doença já existente, permitindo uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade, com aproveitamento das capacidades remanescentes.

O profissional de Educação Física, nos programas de atenção básica à saúde deverá ser capaz de desenvolver ações compatíveis com as metas traçadas pelos órgãos responsáveis.

Este profissional atuará avaliando o estado funcional e morfológico dos beneficiários, estratificando e diagnosticando fatores de risco a saúde, prescrevendo, orientando e acompanhando exercícios físicos, tanto para pessoas consideradas “saudáveis”, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quanto para grupos de portadores de doenças e agravos,

atuando diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco.

Cabe-lhe, também, disseminar no indivíduo e na comunidade a importância da prática de atividades físicas com base em conhecimentos científicos, desmistificando concepções equivocadas.

Atribui-se ao profissional de Educação Física as competências e habilidades para diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, desenvolver, prescrever, orientar, avaliar, aplicar métodos e técnicas motoras diversas, aperfeiçoar, orientar e ministrar sessões específicas de exercícios físicos ou práticas corporais diversas (CONFEEF 2002, apud HARTMANN & LOPES, 2020).

O profissional de Educação Física pode intervir no Programa Saúde da Família (PSF) tanto para orientar sobre a importância de hábitos de vida ativa, quanto para promover e estimular a adoção de um estilo de vida ativo, contribuindo para minimizar os riscos de doenças crônicas não transmissíveis e os agravos delas decorrentes.

Partindo desse pressuposto, cabe ao profissional de Educação Física, junto ao (NASF) e em outros espaços de intervenção, desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, objetivando a prevenção e promoção da saúde por meio de práticas corporais, cabendo-lhe, especificamente:

- 1) Proporcionar educação permanente por meio de ações próprias do seu campo de intervenção, juntamente com as ESF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento e supervisão, discussão de casos e métodos da aprendizagem em serviço;
- 2) Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte, das práticas corporais de qualquer natureza e do lazer ativo;
- 3) Promover ações ligadas aos exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção junto aos órgãos públicos e na comunidade;

4) Articular parcerias com setores da área administrativa, junto com a ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção;

5) Promover eventos que estimulem e valorizem a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção, objetivando a saúde da população.

Para Hartmann & Lopes (2020) as atividades ou exercícios físicos e práticas corporais devem ser desenvolvidas priorizando-se a inclusão de toda a comunidade, envolvendo não só as populações saudáveis, mas também aquelas com agravos manifestos da saúde ou mesmo em situação de maior vulnerabilidade.

Os profissionais de cada núcleo, em conjunto com a ESF e a comunidade, devem identificar as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas com cada área contemplada no programa.

Considerando as exigências de qualidade para intervir na área da saúde, desenvolvendo programas de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de atuação, o profissional de Educação Física deve estar apto para as seguintes intervenções, dentre outras:

1) Aferir e interpretar os resultados de respostas fisiológicas durante o repouso e durante o exercício;

2) Coletar dados e interpretar informações relacionadas com prontidão para a atividade física, fatores de risco, qualidade de vida e nível de atividade física;

3) Aplicar escalas de percepção subjetiva do esforço;

4) Manusear ergômetros (esteira, ciclo ergômetro, etc.) e equipamentos utilizados em programas de exercício físico;

5) Manusear equipamentos usados para avaliação de parâmetros fisiológicos específicos;

6) Conhecer, aplicar e interpretar testes de laboratório e de campo utilizados em avaliação física;

7) Realizar testes de avaliação postural e de avaliação antropométrica;

- 8) Prescrever exercícios físicos baseados em testes de aptidão física, desempenho motor específico, avaliação postural, índices antropométricos e na percepção subjetiva de esforço;
- 9) Trabalhar em equipe multiprofissional.

Para aplicação de avaliação física o profissional de Educação Física deve apresentar domínio de conhecimento em protocolos de testes e suas adequações de acordo com aptidão cardiorrespiratória do avaliado; indicações e contra-indicações para realização de testes; indicações de interrupção de testes; preparo de pacientes para a realização de testes; funcionamento de equipamentos; fisiologia do exercício e das respostas hemodinâmicas e respiratórias ao exercício físico; princípios e detalhes da avaliação, bem como os objetivos a serem atingidos.

Segundo Nunes (1998) há, portanto, a possibilidade de se estudar a Saúde Pública/Coletiva tentando periodizá-la, lembrando que as práticas que emergem nesses períodos não podem ser desarticuladas de inúmeros fatores.

A Promoção da Saúde é um campo do conhecimento ainda recente na história da Saúde Pública e ao mesmo tempo encontra-se em plena evolução com várias pesquisas que tentam desvendar suas inovações e aplicações através de vários experimentos em saúde nas mais variadas populações (MELLO et al., 2014; HARTMANN et al., 2020).

Segundo Hartmann et al., (2020) a atuação nas ações de promoção da saúde está mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado.

Com a inclusão permanente do professor de Educação Física, específica para atuação na Saúde, passa a integrar, de forma mais clara e objetiva as equipes dos Programas de Atenção Básica do SUS, bem como, possibilita a inclusão na Tabela de Prestação de Serviços com o novo código: 2241-40 publicado no dia 17 de fevereiro de 2020.

A inclusão da classificação número 2241-40 – Profissional de Educação Física na Saúde, a descrição primária foi ampliada com a seguinte informação: Coordenam, desenvolvem e orientam, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas e práticas corporais. Ensinam técnicas desportivas; realizam

treinamentos especializados com atletas de diferentes esportes; instruem-lhes acerca dos princípios e regras inerentes a cada um deles; avaliam e supervisionam o preparo físico dos atletas; acompanham e supervisionam as práticas desportivas. Estruturam e realizam ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado e requer formação superior em Educação Física (Bacharelado), com registro no Conselho Regional de Educação Física”.

Atualmente vários profissionais de Educação Física que estão em cargos de gestão, seja na esfera Federal, Estadual, Municipal ou no respectivo conselho de classes Sistema CONFEF/CREFs (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA) fazem a interlocução da atividade física com o Ministério da Saúde (HARTMANN et al., 2020).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente artigo, foi apresentado o modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil, assim como as principais características e o envolvimento do professor de Educação Física nos programas NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E PSF – PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA, onde, já é sabido que desde 2008 o profissional de Educação Física é Incluído nas Equipes de Saúde da Família, que em 2013 – foi criado o Código Provisório 2241-E1 pelo Ministério da Saúde, para o profissional de Educação Física, mas em 17 de fevereiro de 2020, é inserido o código definitivo com o código 2241-40.

Em 2013 o Conselho Nacional de Saúde - CNS juntamente com a CBO torna o Código obrigatório para profissionais na Academia da Saúde e com a publicação da Lei 12.864, no qual em 2013 inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

Como pode-se observar no modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil e de acordo com a Constituição Federal, deve-se obedecer a 13 princípios para a preconização das condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim o professor de Educação Física conseguirá

desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a fim de reduzir os agravos e danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos.

Assim, é possível concluir, que é de suma importância o envolvimento do profissional de Educação Física no Programa NASF (NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) e Saúde da Família (PSF) e nos três níveis de intervenção (primária, secundária e terciária), atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças, diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. J. B., MELO, C. F. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(2), 323-330, 2010.

BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2014.

**CONFEF. Profissional de Educação Física na Saúde está na CBO** disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/comunicacao/noticias>. Acesso em: 10 de abril. 2020.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(Sup 1), S7-S27, 2008.

COSTA, A. M., PONTES, A. C. R., ROCHA, D. G. **Intersetorialidade na produção e promoção da saúde**. In A. Castro & M. Malo (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde** (pp. 96-115). São Paulo: Hucitec, 2006

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (1998, 05 de outubro). Recuperado em 03 outubro, 2011, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D. Reconhecimento do Profissional de Educação Física pelo Conselho Nacional de Saúde: Intervenção e Recomendações Sobre Condutas e Procedimentos na Atenção Básica à Saúde. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. Trajetória Cronológica do Profissional de Educação Física. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. História da Promoção da Saúde e da Carta de Ottawa. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. Epidemiologia: CORONAVÍRUS (COVID-19) e Recomendações da Prática de Atividade Física e Exercício Físico. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: ebook, Atlas Editora, 2017.

LEI nº 8.080. (1990, 19 de setembro). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização do funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF: Diário Oficial da União.

MELLO, M.V.O., BERNARDELLI JÚNIOR, R., MENOSSE, B.R.S., VIEIRA, F.S.F. Comportamento de Risco para a saúde de estudantes da Universidade Estadual do Norte do Paraná (Brasil) – Uma proposta de intervenção online. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, p. 159-164, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2001). **Política Nacional de Medicamentos do Brasil.** Brasília, DF: Autor.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** agosto 1998.

PORTARIA nº 2.488. (2011, 21 de outubro). **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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde.

PORTARIA nº 648. (2006, 28 de março). **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes** e J. C. Santos et. al. 9

SILVEIRA, C. H. **Falando de modelos de assistência à saúde e do programa de saúde da família do Ministério da Saúde – Brasil**, 2008.

SANTOS, C. J., MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 11(1), 2018, 79-98

VIANA, A.L.D., DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 15(Suplemento), 225-264, 2005.