

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**Análise da distribuição dos profissionais de Educação Física nos  
serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**

**Trabalho de conclusão de curso**

Fabiana Fernandes Vaz

Porto Alegre

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Fabiana Fernandes Vaz

**Análise da distribuição dos profissionais de Educação Física nos  
serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Educação Física, pelo curso de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Alex Branco Fraga

Co-Orientador: Ms. Raphael Maciel da Silva Caballero

Porto Alegre

2014

**Fabiana Fernandes Vaz**

**Análise da distribuição dos profissionais de Educação Física nos  
estabelecimentos saúde do Estado do Rio Grande do Sul**

**Conceito Final: \_\_\_\_\_**

**Aprovado em: ..... de ..... de .....**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Profa. Dra. Adriane Vieira – Educação Física / UFRGS**

---

**Orientado: Prof. Dr. Alex Branco Fraga – Educação Física / UFRGS**

## RESUMO

O aumento das políticas públicas voltadas para a promoção de saúde da população potencializou a inserção das práticas corporais e atividade física e possibilitaram a inserção do profissional de Educação Física (PEF) no Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem por objetivo analisar a distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Rio Grande do Sul. Caracteriza-se como descritivo exploratório de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por profissionais de Educação Física do estado do Rio Grande do Sul, considerando-se como critério de inclusão a relação de profissionais de Educação Física cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Para análise dos dados foi utilizada análise descritiva. Os resultados desse estudo apontam uma distribuição desigual dos PEF nos serviços de saúde das Macrorregiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sendo a Macrorregião Norte a que possui o maior número de PEF cadastrados no CNES, vinculados a Atenção Básica.

**PALAVRAS CHAVES:** práticas corporais, atividade física, educação física, políticas públicas, atenção básica de saúde.

## **ABSTRACT**

The increase of public policies to promote population health enhanced the integration of bodily practices / physical activity and allowed the insertion of Physical Education Professional in the Sistema Único de Saúde – SUS (Unified Health System, of Brazilian government). This study aims to analyze the distribution of physical education professionals in the health services of SUS, in the State of Rio Grande do Sul. This study is characterized as exploratory descriptive of quantitative approach. The sample consisted of physical education professionals in the state of Rio Grande do Sul. The inclusion criteria was established by the relation of physical education professionals registered in the Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). For the data analysis, a descriptive analysis was used. The results of this study indicate an uneven distribution of physical education professionals in Macroregions health services of the state of Rio Grande do Sul, with North Macroregion having the largest number of registered physical education professionals at CNES, linked to health basic attention.

Key-words: bodily practices, physical activities, physical education, public policies, health basic attention.



## SÚMARIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1.	OBJETIVO GERAL .....	12
1.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
<b>2.</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
2.1.	POLITICAS PUBLICAS RELACIONADAS À PROMOÇÃO DE SAUDE..	13
2.2.	PRÁTICAS CORPORAIS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA ...	17
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
3.1.	TIPO DE ESTUDO.....	23
3.2.	AMOSTRA .....	23
3.3.	COLETA DE DADOS .....	24
3.4.	ANÁLISE DOS DADOS .....	25
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>6.</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>35</b>

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Apresenta o Estado do Rio Grande do Sul dividido em sete Macrorregiões de Saúde (Norte, Sul, Metropolitana, Serra, Missioneira, Vales e Centro-Oeste). ..... 16
- Figura 2 - Gráfico dos 193 profissionais de Educação Física cadastrados no CNES distribuídos nos serviços de saúde do SUS, nas sete Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul..... 28
- Figura 3 - Gráficos da inserção na atenção básica do número de Profissionais de Educação Física (PEF) por ano, segundo Macrorregião de Saúde..... 29
- Figura 4 - Gráficos do número de diabéticos acompanhados por ano, segundo Macrorregião de Saúde..... 30
- Figura 5 - Gráficos do número de hipertensos acompanhados por ano, segundo Macrorregião de Saúde..... 30



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 -	Tabela 1: Apresenta o número de municípios e o número de habitantes nas Macrorregiões de Saúde.....	26
Tabela 2 -	Tabela 2: Apresenta os CBOs e o número de PEF cadastrados no CNES.....	26

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, entre elas, a promoção e a proteção da saúde (BRASIL, 2012). Nos últimos anos estamos nos deparando com um aumento de políticas públicas voltadas para a promoção de saúde da população e direcionadas à atenção básica. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, possui sete eixos temáticos de atuação (BRASIL, 2006). Dentre eles destaca-se o eixo “Prática Corporal/Atividade Física”, que apresenta um estímulo à inserção de ações voltadas ao cuidado com o corpo e a saúde. No decorrer dos anos, surgiram outras políticas, também voltadas à promoção da saúde da população, tais como a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (PNPIC) (BRASIL, 2006), a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009), a Instituição do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011), e a Portaria Nº 1.029 (Brasil, 2014). Essas políticas potencializaram e possibilitaram a inserção do profissional de Educação Física (PEF) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessas políticas, os termos “práticas corporais” e “atividade física” aparecem de formas diferentes. Dependendo do documento, eles são escritos das seguintes formas: separados por uma barra (atividade física/práticas corporais ou práticas corporais/atividade física), ou sem a barra (práticas corporais e atividade física). Embora os dois termos apareçam juntos, possuem significados diferentes. De acordo com o *Glossário Temático: Promoção da Saúde* (BRASIL, 2012) o termo atividade física está relacionado ao movimento corporal que produz gasto de energia acima dos níveis de repouso. E o termo práticas corporais está relacionado a expressões individuais ou coletivas do movimento, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construída de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre/lazer).

O estímulo à inserção de práticas corporais na Atenção Básica vai ao encontro do princípio da PNPS de estimular o modo de viver saudável com o objetivo de reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis. As doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial, o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral, o câncer, o diabetes, as doenças crônicas do pulmão, constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de morte. Os principais fatores de risco envolvidos nas DCNT como a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo inadequado do sal, gorduras e açúcar, o estresse e o sedentarismo, são fatores considerados modificáveis (BRASIL, 2011). Esse é um dos motivos que fortalece o reconhecimento da importância das práticas corporais para a redução desses fatores e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos.

Nesse sentido, é possível perceber um aumento de experiências relacionadas à implementação de práticas corporais e atividade física no âmbito dos serviços de saúde da Atenção Básica (WARSCHAUER & D'URSO 2009, MENDONÇA et. al., 2009, HALLAL et. al., 2009, MORAES et. al., 2010, HALLAL et al., 2010, SILVA et. al 2011; GIRALDO et al., 2013), (SOUZA & LOCH, 2011, SANTOS & BENEDETTI 2012, GUARDA et. al., 2014). Algumas ações possuem um forte viés na avaliação dos indicadores de saúde (SILVA et. al 2011; GUARDA et. al., 2014); outras possuem uma visão mais ampla de promoção de saúde (WARSCHAUER & D'URSO, 2009; MENDONÇA et. al., 2009; MORAES et. al., 2010; SOUZA & LOCH, 2011), sendo que foi observado que a prática de exercícios físicos oferecidos na Atenção Básica contribuiu para a melhora nos níveis de saúde percebida (GIRALDO et. al., 2013). No entanto, não se tem conhecimento do processo de inserção e distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde.

Assim, já é conhecida a implementação de políticas públicas que priorizam a promoção da saúde através das práticas corporais e atividade física. No entanto, é necessário compreender de que forma essas políticas vêm influenciando na inserção dos profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde. Desta forma, este estudo tem o objetivo de analisar a distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde, particularmente no Estado do Rio Grande do Sul. Esclarecer esse aspecto auxiliará no amadurecimento das discussões sobre a inserção do profissional de educação física e sobre o seu papel no Sistema Único de Saúde.

## 1.1. OBJETIVO GERAL

Analisar a distribuição dos profissionais de Educação Física nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul

## 1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a distribuição dos profissionais de Educação Física cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) nas Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;
- Verificar a inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica, por Macrorregião de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;
- Identificar o perfil epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes, nas Macrorregião de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, no período de 2002 a 2013.
- Relacionar a inserção dos profissionais de Educação Física com o perfil epidemiológico de doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes, nas Macrorregiões de Saúde.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À PROMOÇÃO DE SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006). A PNPS possui sete eixos temáticos de atuação: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Dentre estes destaca-se o eixo “Prática Corporal/Atividade Física”, que apresenta um estímulo à inserção de ações voltadas ao cuidado com o corpo e a saúde.

O estímulo à inserção dessas ações está voltado à rede básica de saúde, com o objetivo de ofertar práticas corporais/atividade física, tais como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis. Dentre as ações que cabem ao profissional de educação física, destacam-se: desenvolvimento de estudos e formulação de metodologias capazes comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis; estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais/atividade física; realizar o aconselhamento/divulgação, organizando os serviços de saúde junto à população, informando sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; desenvolvimento de campanhas de divulgação, estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis.

A Atenção Básica se caracteriza por ser a porta de entrada principal do Sistema Único de Saúde, sendo os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde

considerados equivalentes pela Política Nacional de Atenção Básica, que associa ambos aos mesmos princípios e diretrizes. Os princípios que orientam a Atenção Básica são: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2006).

Em 1994 a Atenção Básica foi fortalecida com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família. Os serviços na Atenção Básica são oferecidos basicamente em dois cenários: Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF). A UBS pode ser composta por vários profissionais: assistentes sociais, enfermeiros, dentistas e por médicos (clínico geral, pediatra, ginecologista e obstetra). E as equipes das ESF são compostas por médicos de família e comunidade, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas unidades contam com equipes de Saúde Bucal.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) surgem com o objetivo apoiar as equipes das ESF na consolidação da rede de atenção e busca a integralidade da atenção, interdisciplinaridade, e a ampliação do escopo das ações da Atenção Básica, buscando sua resolubilidade. A atuação dos NASF está dividida em nove áreas estratégicas: atividades físicas e práticas corporais; práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança, do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (Brasil, 2009). E pode ser composta por diferentes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (Portaria n. 154).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde surge com o objetivo de incorporar e implementar essas práticas, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral

em saúde. Em relação às Práticas Integrativas e Complementares, as práticas corporais podem ser desenvolvidas na forma de práticas corporais individuais, como por exemplo o Tuí-Na, a meditação, o Chi Gong e a automassagem, ou podem ser desenvolvidas em grupo na unidade ou na comunidade, como por exemplo o Tai Chi Chuan, o Lian Gong, o Chi gong e a automassagem. Uma pesquisa realizada sobre a distribuição por estado da inserção de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, o Estado do Rio Grande do Sul está em terceiro lugar (BRASIL, 2006).

O Programa Academia da Saúde foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011, e tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. A organização e o planejamento dos pólos são coordenados pela atenção básica. Algumas atividades a serem desenvolvidas nos pólos, nos remetem à atuação do profissional de educação física, como por exemplo: promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros); orientação para a prática de atividade física; organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários; identificação de oportunidades de prevenção de riscos, doenças e agravos a saúde, e a atenção às pessoas participantes do Programa.

A Portaria nº. 1.029 (Brasil, 2014) está relacionada à ampliação do rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências. Entre esses profissionais está o profissional/professor de educação física.

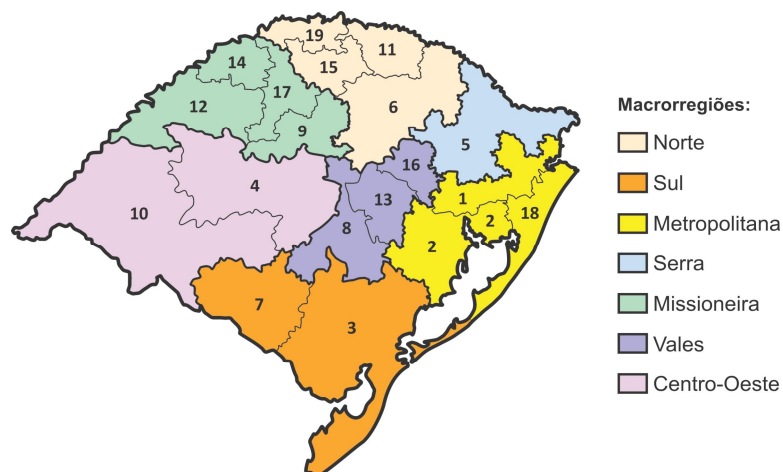
A Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Programa Academia da Saúde, e a Portaria nº 1.029 (Brasil, 2014), são exemplos de políticas e/ou portarias que estão relacionadas à Atenção Básica que potencializaram e possibilitaram a inserção do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS).

### 2.1.1 Divisões Regionais da Saúde.

Na área da saúde, o Estado do Rio Grande do Sul está dividido em diferentes formas (regionais e político-administrativas), com o objetivo de organizar e trazer um melhor atendimento aos usuários do SUS. Desta forma, está dividido em trinta Regiões de Saúde (Resolução CIB nº 555/2012),

O termo Região de Saúde utilizado está relacionado à compreensão de Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”

e em dezenove Regiões Administrativas, as quais são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e gerenciamento das ações e serviços de saúde. Por outro lado, existe uma divisão que engloba tanto as trinta Regiões de Saúde quanto as dezenove Regiões Administrativas, que é a divisão das sete Macrorregiões de Saúde (Norte, Sul, Metropolitana, Serra, Missioneira, Vales e Centro-Oeste), conforme figura 1. Essas divisões são importantes, pois possibilitam o reconhecimento, deliberação de prioridade e planejamento de futuras ações na saúde.



Fonte: SES, 2014.

Figura 1 – Apresenta o Estado do Rio Grande do Sul dividido em sete Macrorregiões de Saúde (Norte, Sul, Metropolitana, Serra, Missioneira, Vales e Centro-Oeste).



## 2.2. PRÁTICAS CORPORAIS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

A implementação de políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde da população proporcionou o estímulo à inserção de práticas corporais na Atenção Básica. Na literatura, pode-se observar as experiências vivenciadas por PEF em serviços de saúde na Atenção Básica (WARSCHAUER & D'URSO 2009, GIRALDO et al., 2013), em serviços de saúde da Atenção Básica mais específicos, como na Academia de Saúde (MENDONÇA et. al., 2009, HALLAL et. al., 2009, MORAES et. al., 2010, HALLAL et al., 2010, SILVA et. al 2011) e no NASF (SOUZA & LOCH, 2011, SANTOS & BENEDETTI 2012, GUARDA et. al., 2014). E dentre as atividades realizadas no NASF a dificuldade de registrá-las (BUENO, 2012).

O estudo de Giraldo et al (2013) observou que a prática de exercícios físicos oferecidos na Atenção Básica de Saúde contribuiu para a melhora nos níveis de saúde percebida e para a diminuição do uso dos serviços de saúde segundo a percepção dos participantes do programa. Esse achado foi importante e está em concordância com estudos anteriores, no sentido de demonstrar que a inclusão de programas que visam estimular a prática de exercícios físicos devem ser amplamente utilizadas pelas Políticas Nacionais de Saúde Pública. Esses programas, além de possibilitarem a prática de atividade física, proporcionando uma melhor qualidade de vida à população, contribuem de forma direta na diminuição na demanda pelos serviços de saúde.

O estudo de Warschauer & D'Urso (2009) está relacionado a um relato de experiência de dois grupos de caminhada desenvolvidos na Atenção Básica: o programa "Caminhando para a Saúde". O programa foi implementado, inicialmente em oito unidades, sendo ampliado posteriormente para vinte e nove unidades. Os autores reforçam que um ponto de destaque foi a construção de ações ligadas à promoção da saúde, como passeios, palestras, debates, oficinas de alimentação saudável e encontros em parques públicos. E que a partir dessas ações surgiram vínculos não só entre as pessoas, mas entre a Unidade e a comunidade, descobrindo e construindo ações de cidadania.

O estudo de Hallal et. al., (2009) identificou e analisou a visão dos professores que atuam no Programa Academia da Cidade, em Recife, PE. De acordo com este trabalho, segundo a ótica dos professores, o programa estimula os usuários à prática da atividade física e atua sobre a saúde da população, e as dificuldades estão relacionadas à segurança dos pólos e à manutenção dos equipamentos. E em relação ao envolvimento comunitário, os professores relatam significativa participação da comunidade nas festividades/passeios e envolvimento com sugestões para as atividades físicas, mas relatam baixo envolvimento das pessoas com atividades “extra pólo”. O estudo reforça a necessidade de se saber sobre a efetividade das intervenções existentes.

O estudo de Mendonça et. al., (2009) ressalta o cuidado que se deve ter ao implementar os Programas Academia da Cidade, uma vez que pode ter um forte viés na avaliação dos indicadores de saúde. Os autores referem que todas as atividades propostas possuíam o intuito de obter um produto que fosse mensurável por meio de indicadores específicos e objetivos, os quais serviriam de referência para avaliar os impactos e a efetividade do programa na população. Perceberam que os programas comunitários de promoção de atividade física apresentaram-se como uma boa estratégia de promoção da saúde, na medida em que contribuem para a prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Os impactos observados nos indivíduos que aderiram ao programa foram: melhoria dos componentes da aptidão física relacionada à saúde, diminuição e controle dos níveis de pressão arterial e controle dos níveis de glicemia e colesterol. No entanto, salientam que a dimensão da atividade física relacionada à saúde, que se construiu acerca da presença do profissional da Educação Física, como agente que legitima e consolida a viabilização de programas de promoção da saúde, tem a atividade física como elemento norteador. Sendo assim, outras melhorias na vida das pessoas são identificadas, tais como na percepção subjetiva de saúde, na capacidade funcional, na qualidade de vida, no aumento das relações sociais e criação de redes de proteção social.

O estudo de Hallal et al., (2010) descreve o perfil dos usuários e não-usuários do Programa Academia da Cidade em Recife. Refere que o objetivo principal do programa é a promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável para a comunidade. O

percentual de pessoas com percepção de saúde regular ou ruim foi significativamente maior entre os não-usuários (45,4%) em comparação aos usuários (28,2%). Em complemento, 72,8% dos usuários relataram elevado grau de satisfação com sua saúde, sendo que estes referem que o principal motivo para a participação no programa foi “melhorar a saúde”. Dos quatro pólos que participaram do estudo, foi alto o percentual de participantes (42,7%, 50%, 59,6% e 71,8%) que considerava não contribuir com a construção das atividades desenvolvidas no pólo.

O estudo de Silva et. al (2011) teve como objetivo apresentar as características do programa de atividade física realizado em 11 pólos distribuídos pelos 15 bairros da cidade de São Caetano do Sul. O objetivo do projeto foi estimular a prática de atividade física e combater o sedentarismo dos usuários do Programa Estratégia de Saúde da Família. O convite para participar das atividades era realizado pelos agendes de saúde. O programa de atividade física beneficiou mais de 350 indivíduos com idade a partir dos 30 anos, de ambos os gêneros, sendo 70% dos atendimentos a idosos e destes, cerca de 90% mulheres. Os pólos apresentavam atividades semelhantes, sendo a freqüência semanal de duas vezes e a duração das aulas de sessenta minutos cada. Os objetivos gerais das atividades eram: desenvolvimento da potência aeróbica, aumento e manutenção da força muscular, equilíbrio e flexibilidade. Ao final de cada aula, o profissional de Educação Física oferecia orientações aos participantes para adotarem um estilo de vida mais ativo durante as atividades do cotidiano. O estudo reforça a importância de o município proporcionar espaços públicos adequados a essas atividades, aumentando a oferta e possibilitando a ampliação destes programas.

O estudo de Moraes et. al., (2010) teve por objetivo relatar a experiência da implementação e acompanhamento do Projeto Saúde na Praça, iniciado em 2001. As unidades de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) foram as que divulgaram aos seus pacientes a existência do projeto no bairro. Entre as atividades oferecidas estavam: o *Lian Gong*, a Ginástica Geral, o *Tai-Chi-Chuan* e a Hidroginástica. As avaliações físicas realizadas periodicamente apresentaram melhora do perfil de saúde dos sujeitos participantes, fato que contribuiu para que os governantes e/ou administradores visualizassem o impacto do projeto, o que justificou a sua ampliação e consolidação como política pública.

O estudo de Souza & Loch (2011) teve o objetivo de verificar as características de intervenção dos profissionais de Educação Física inseridos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Relatam que a intervenção na atenção básica foi realizada na maioria dos casos através de grupos específicos de atividades físicas. E que nestes eram desenvolvidos exercícios de alongamentos, fortalecimento muscular, caminhada, e em menor proporção exercícios de coordenação motora e atividades lúdicas, de duas a três vezes por semana com aproximadamente uma hora de duração cada. Destacam que a criação do NASF é uma tentativa de possibilitar um direcionamento mais amplo das ações de saúde pública. Por isso, é necessário que o trabalho não tenha apenas um direcionamento “clínico” (aspas do autor). E direcionam um trecho do documento: “as ações de Atividade Física/ Práticas Corporais devem buscar a inclusão de toda a comunidade adstrita, não devendo restringir seu acesso apenas às populações já adoecidas ou mais vulneráveis”. Assim, foi reafirmada a importância de atingir e acessar a população como um todo.

O estudo de Guarda et. al., (2014) teve o objetivo de apresentar as ações de atividades físicas desenvolvidas pela equipe do NASF. Dentre as ações destacaram-se: as aulas regulares de ginástica, as visitas regulares às Unidades de Saúde da Família, desenvolvendo ações educativas sobre a importância da prática de atividades físicas para diversos grupos populacionais, e as ações de estimular práticas corporais regionais e a formação de grupos de caminhada. As dificuldades apresentadas foram articular ações e organizar processos de trabalho com as demais categorias da saúde. E destacaram ainda a importância do desenvolvimento de um modelo lógico de avaliação para as atividades físicas/práticas corporais, visando verificar o potencial de efetividade das estratégias de incentivo à adoção de estilos de vida ativos, de modo a identificar e analisar as ligações entre seus recursos, atividades, produtos e resultados esperados.

O estudo de Bueno (2012) busca o esclarecimento das circunstâncias que levaram o Ministério da Saúde a adotar uma forma de registro para o profissional de Educação Física conflitante com as possibilidades de atuação previstas nas diretrizes do NASF para este profissional. Dentro da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), a relação dos sete códigos de CBO passíveis de cadastro no NASF (Avaliador

físico, Ludomotricista, Preparador de atleta, Preparador físico, Técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol), Técnico de laboratório e fiscalização desportiva, Treinador profissional de futebol), apresentam reduzidos procedimentos possíveis de registro para a Educação Física. Já o CBO de “professor de Educação Física no ensino superior” que pode estar vinculado a UBS, apresenta 18 procedimentos possíveis de registro, os quais incluem atividades que a autora considera intimamente relacionadas ao trabalho da Educação Física no SUS. Reforça que se houvesse um código de CBO generalista, como, por exemplo, “profissional de Educação Física”, e uma relação de procedimentos adequada aos diferentes serviços de saúde, como é a relação de procedimentos possíveis para a CBO de “professor de Educação Física superior”, seria mais adequado ao campo da saúde e, provavelmente, não restringiria as possibilidades de registro de futuros serviços do SUS que envolvam o profissional de Educação Física.

O estudo de Santos & Benedetti (2012) caracterizou a implantação do NASF e analisou a inserção do profissional de Educação Física no Brasil. O estudo verificou que o NASF apresentou um grande potencial de expansão, pois a adesão dos municípios a proposta foi baixa. E entre todas as profissões do NASF as cinco mais recrutadas foram a Fisioterapia, a Nutrição, a Psicologia, o Serviço Social e a Educação Física, respectivamente. Sendo que a Educação Física está inserida em 49,2% das equipes de NASF. Os autores referem que os profissionais em geral necessitaram de conhecimentos específicos para atuação na atenção básica.. Entretanto, relatam que os profissionais não receberam estes conhecimentos nos cursos de formação inicial. Fica constatada assim a necessidade de investimento público e acadêmico para definição de estratégias coletivas que contribuam para a consolidação do NASF e integração do profissional de Educação Física na rede de assistência pública em saúde.

O fato de os códigos de CBO disponíveis para o registro profissional no NASF restringirem a forma do registro das atividades, não englobarem o que poderia ser realizado e não registrar o que realmente foi realizado, pode ser considerado um CBO inadequado, porém é a forma reconhecida do cadastramento profissional. Nesse sentido, aparentemente movimentos para adequar a forma de registrar estão sendo feitos, já que em 2013 foi incluído um código de CBO provisório, 2241-E1, intitulado Profissional de Educação Física na Saúde (BRASIL, 2013). No entanto, a portaria não

discrimina quais as competências que podem ser desenvolvidas. O fato de ele pertencer à mesma família (2241) dos CBOs anteriores pode sugerir que as suas competências sejam as mesmas, ou seja reduzidas. Neste caso, a única alternativa é aguardar futuras informações sobre o novo CBO 2241-E1.

Em relação a alguns dos estudos apresentados neste trabalho, é possível perceber um eixo central, que são as práticas corporais oferecidas para população, com o enfoque de promoção da saúde, e outros eixos que o perpassam, que são as formas como cada profissional, cada equipe desenvolve o seu trabalho, as suas atividades para atingir os objetivos e alcançar os resultados desejados. Alguns estudos deixam claro, nos seus objetivos, a busca por resultados voltados para os indicadores de saúde (SILVA et. al 2011; GUARDA et. al., 2014). Outros estudos demonstram uma visão mais ampla de promoção de saúde e perpassam outros objetivos “indicados”, que nos anteriores não foram citados, como laços sociais, percepção subjetiva de saúde, capacidade funcional, qualidade de vida, relações sociais, criação de redes de proteção social (WARSCHAUER & D’URSO, 2009; MENDONÇA et. al., 2009; MORAES et. al., 2010; SOUZA & LOCH, 2011). Dependendo dos objetivos que o PEF desejar seguir ao propor as suas práticas corporais ou atividade física, será possível determinar qual eixo ele seguirá.

Cabe salientar que a implementação das políticas públicas que visam a promoção da saúde surgem com um enfoque voltados para os indicadores de saúde, a busca de um estilo de vida saudável, pois dessa forma iriam ser reduzidos os fatores de risco para doenças não transmissíveis. No entanto, outras políticas como a do NASF, PNIC, o Programa de Academia da Saúde surgem não somente direcionados a indicadores de saúde, mas também ações de saúde mais amplas.

Nos estudos apresentados, foi possível perceber diferentes formas de intervenções do PEF, dependendo do eixo de atuação que o profissional escolheu seguir. Sabe-se que a inserção do PEF no SUS está relacionada à implementação de políticas públicas direcionadas para a promoção da saúde. No entanto, é necessário compreender de que forma essas políticas vêm influenciando na inserção dos profissionais de Educação Física no Sistema Único de Saúde. Desta forma, este estudo tem o objetivo de analisar a distribuição dos profissionais de Educação Física nos

serviços de saúde, particularmente no Estado do Rio Grande do Sul. Esclarecer esse aspecto auxiliará no amadurecimento das discussões sobre a inserção do profissional de Educação Física e sobre o seu papel no Sistema Único de Saúde.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDO**

Este estudo se caracteriza como quantitativo, de abordagem exploratória descritiva.

#### **3.2. AMOSTRA**

A amostra foi composta por informações cadastrais de profissionais de educação física do Estado do Rio Grande do Sul. Considerou-se como critério de inclusão a relação de profissionais de Educação Física cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

### 3.3. COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada a identificação dos profissionais de Educação Física cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), assim como a distribuição desses profissionais em sua respectiva Macrorregião de Saúde.

A busca pela identificação dos profissionais de Educação Física foi realizada através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos meses de fevereiro e março de 2014.

Esta busca abrangeu os onze códigos de CBO do profissional de Educação Física. Três estão relacionados ao código CBO de professor: Professor de Educação Física no Ensino Superior CBO 2344-10, e Professor de Educação Física no Ensino Médio CBO 2321-20, Professor de Educação Física no Ensino Fundamental CBO 2313-15. Sete CBO estão relacionados ao quadro dos profissionais de Educação Física do NASF I, que segundo a Portaria nº 409/SAS/MS de 23 de julho de 2008 abrangem: Avaliador Físico CBO 2241-05, Ludomotricista CBO 2241-10, Preparador de Atleta CBO 2241-15, Preparador Físico CBO 2241-20, Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceto Futebol) CBO 2241-25, Técnico de laboratório e Fiscalização Desportiva CBO 2241-30, Treinador de Futebol CBO 2241-35. E um CBO está relacionado à Portaria nº 256, de 11 de março de 2013, na qual foi incluído o Profissional de Educação Física na Saúde CBO provisório 2241-E1.

O profissional de Educação Física encontrado foi identificado no município no qual está cadastrado. Posteriormente os profissionais foram distribuídos na Macrorregião de Saúde a qual pertence.

Para identificar o período de inserção dos profissionais, foram coletados os dados de “data de entrada” no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos meses de fevereiro a março de 2014.

A distribuição dos profissionais nos estabelecimentos de saúde foi realizada segundo os dados coletados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados coletados foram classificados em estabelecimentos da Atenção Básica, da Média e Alta Complexidade e do Privados. Estes apresentaram subdivisões na qual a Atenção Básica abrange os estabelecimentos: da Academia de Saúde, da



Unidade Básica de Saúde (UBS) – neste estudo, engloba a Estratégia Saúde da Família, a Equipe de Saúde da Família, o Posto de Saúde e o Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde – e do Centro de Apoio a Saúde da Família, que engloba o Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Os estabelecimentos da Média e Alta Complexidade abrangem os estabelecimentos: do Centro de Atenção Psicossocial, do Hospital Geral, do Hospital Especializado, da Policlínica, da Clínica/Centro de Especialidade, da Secretaria de Saúde. Os dados foram coletados de abril a maio de 2014.

Para a caracterização das Macrorregiões de Saúde, em relação à situação de saúde os dados foram coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) DATASUS, no mês de maio, referente ao período de 2002 até 2012; em relação ao número de estabelecimentos de saúde os dados foram coletados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), no mês de maio de 2014; e em relação as dados da populacionais, as informações foram coletadas no DATASUS que refere a fonte do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

### 3.4. ANÁLISE DOS DADOS

Para análise dos dados foi utilizado análise descritiva.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1 apresenta a caracterização das sete Macrorregiões de Saúde, informando o número de municípios e o número de habitantes.

**Tabela 1**

Tabela 1: Apresenta o número de municípios e o número de habitantes nas Macrorregiões de Saúde.

Macrorregião de Saúde	Número de municípios	Número de habitantes
Vales	62	856.214
Missioneira	79	885.996
Centro-Oeste	43	1.005.322
Sul	28	1.029.163
Serra	49	1.087.962
Norte	146	1.206.777
Metropolitana	89	4.661.596

Fonte: CNES, 2013.

**Tabela 2**

Tabela 2: Apresenta os CBOs e o número de PEF cadastrados no CNES.

Código CBO		Número de PEF
2344-10	Professor de Educação Física no Ensino Superior	41
2321-20	Professor de Educação Física no Ensino Médio	43
2313-15	Professor de Educação Física no Ensino Fundamental	18
2241-05	Avaliador Físico	47
2241-10	Ludomotricista	0
2241-15	Preparador de Atleta	
2241-20	Preparador Físico	26
2241-25	Técnico Desportivo Individual e Coletivo (Exceto Futebol)	5
2241-30	Técnico de laboratório e Fiscalização Desportiva	0
2241-35	Treinador de Futebol	0
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde	81

Fonte: CNES, 2013.

De acordo com dados do CNES de março de 2014, relativos aos CBOs cadastrados que foram mapeados, dentre os 497 municípios do Estado do Rio Grande do Sul apenas 109 (21%) possuem PEF. O CBO que possui mais PEF cadastrado é o Profissional de Educação Física na Saúde, com 81, seguido do Avaliador Físico com 47 e do Professor de Educação Física no Ensino Médio com 43.

Dos 245 profissionais de Educação Física cadastrados no CNES, 193 (79%) estão vinculados aos serviços de saúde do SUS, e 52 (21%) estão vinculados aos serviços de saúde privados. A Macrorregião Metropolitana é a que possui mais PEF vinculados aos serviços de saúde privados, com 26 (50%) PEF, seguido pela Macrorregião da Serra com 8 (15%) PEF.

Na figura 2, é apresentada a distribuição dos 193 profissionais de Educação Física cadastrados no CNES distribuídos nos serviços de saúde do SUS, nas sete Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Conforme se observa, considerando estes profissionais, 111 (57%) estão vinculados aos serviços da Atenção Básica e 82 (43%) estão vinculados aos serviços de Média e Alta Complexidade.

Em relação aos PEF vinculados aos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC), destaca-se a Macrorregião Metropolitana, o que pode ser explicado em função dessa área possuir mais Hospitais (boa parte desses profissionais estão inseridos no Hospital Geral), assim como municípios mais populosos, o que permite a implementação de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Da mesma forma, a Macrorregião Sul também que possui vários PEF 17 (63%) vinculados a MAC.

Considerando o número de PEF vinculados à Atenção Básica, figura 2, a Macrorregião a Norte possui o maior número com 29 (26%), seguido pela Centro-Oeste com 20 (18%) e a Missioneira com 18 (16%). Na Macrorregião Norte, os PEF distribuem-se 11 (38%) na UBS, 15 (52%) na Academia de Saúde, e 3 (10%) no CASF. Na Macrorregião Centro-Oeste os PEF distribuem-se 17 (85%) na UBS, 2 (10%) na Academia de Saúde e 1 (5%) no CASF. Na Macrorregião Missioneira os PEF distribuem-se 10 (56%) na UBS, 2 (11%) na Academia de Saúde e 6 (33%) no CASF.

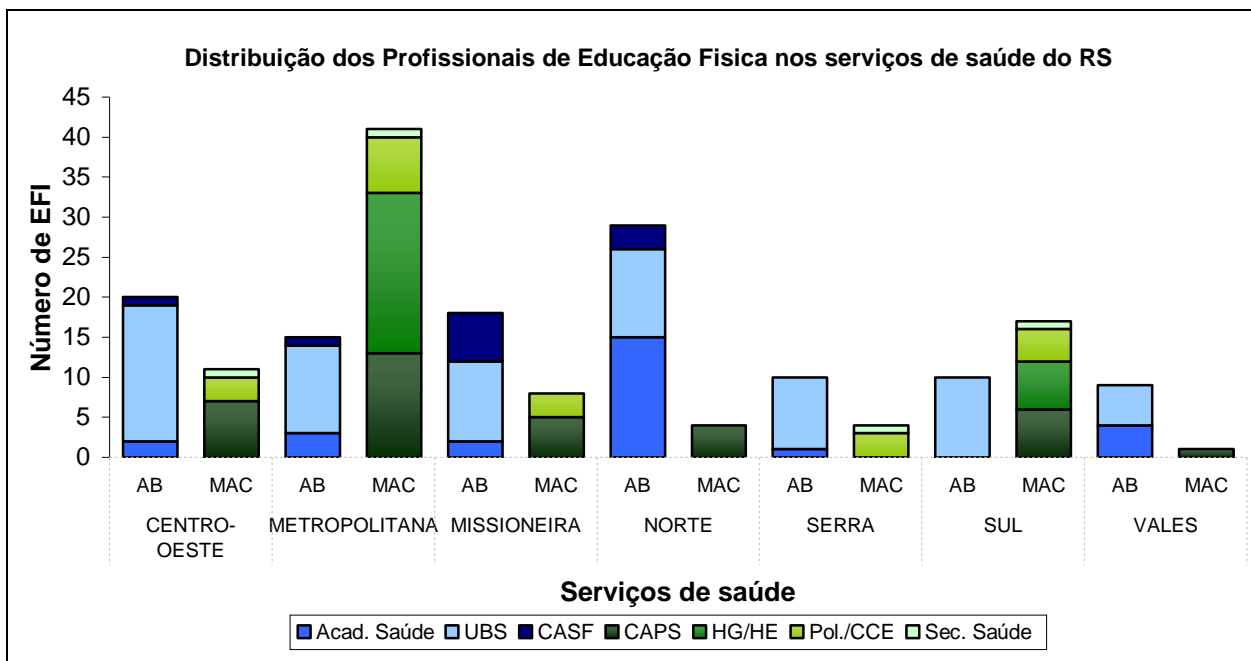


Figura 2 – Gráfico dos 193 profissionais de Educação Física cadastrados no CNES distribuídos nos serviços de saúde do SUS, nas sete Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Nota: Serviços vinculados a: AB (Atenção Básica), MAC (Média e Alta Complexidade). Estabelecimentos da AB: Acad. Saúde (Academia de Saúde), UBS (Unidade Básica de Saúde), CASF (Centro de Apoio a Saúde da Família); Estabelecimentos do MAC: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), HG (Hospital Geral), HE (Hospital Especializado), Pol (policlínica), CCE (Clínica/Centro de Especialidade), Séc. Saúde (Secretaria de Saúde).

Conforme se observa na Figura 3, a inserção dos PEF na atenção básica nos últimos 3 anos (2011, 2012 e 2013) apresentou um crescimento notável. Os anos anteriores a 2011 corresponderam ao período de inserção de 20 (18%) PEF. No ano de 2011 inseriram-se 16 (14%) PEF, no ano de 2012 foram 12 (11%) PEF, no ano de 2013 foram 56 (50%) PEF e os três primeiros meses do ano de 2014 correspondem à inserção de 8 (7%) PEF. No ano de 2013 a Macrorregião Norte foi a que mais contratou PEF, em sua grande maioria em Programas da Academia da Saúde, o que pode ser explicado pelo significativo incentivo e pela facilidade de se inserir um pólo de academia da Saúde, um deles pela equipe reduzida (mínimo um profissional 40h).

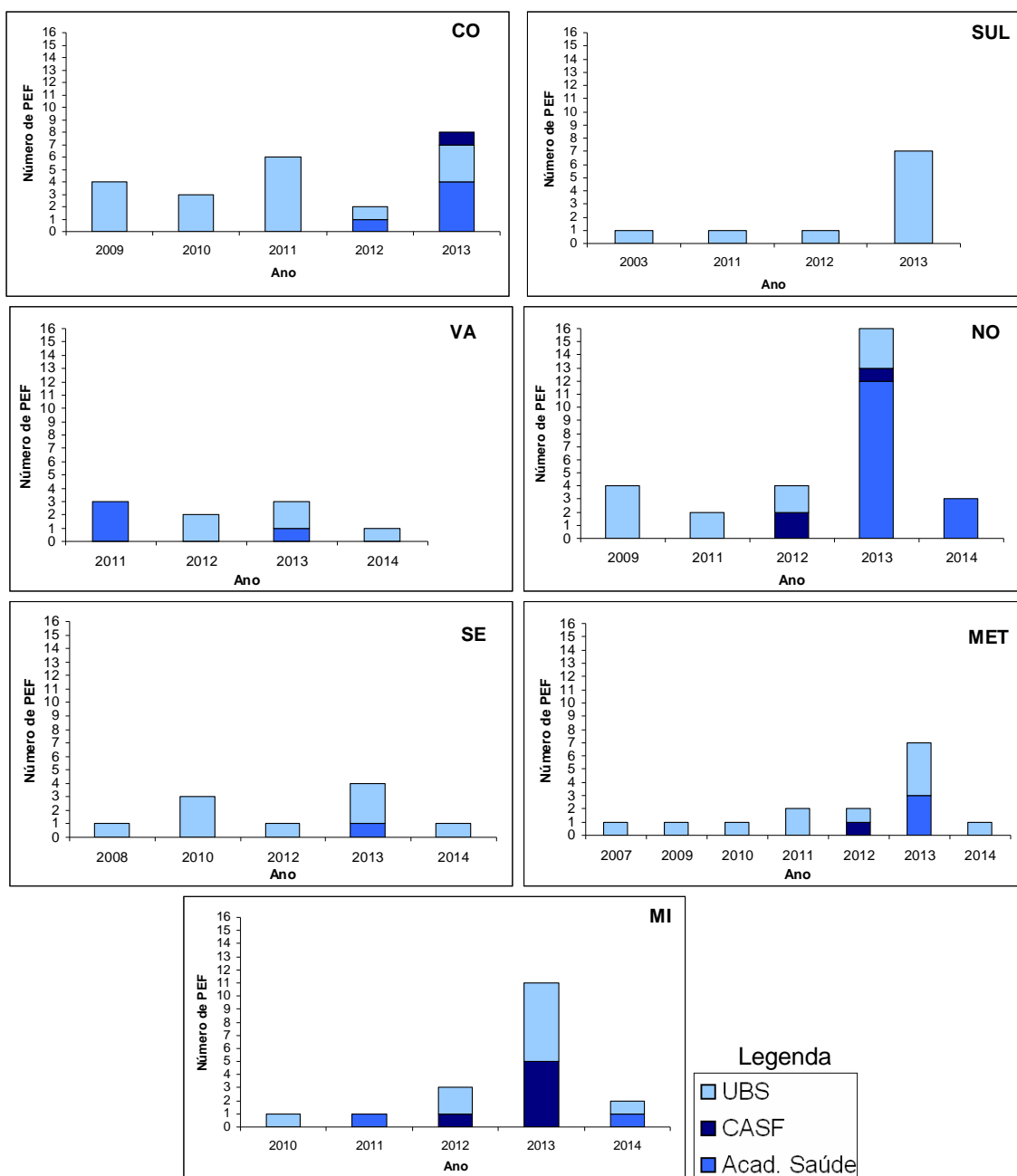


Figura 3 – Gráficos da inserção na atenção básica do número de Profissionais de Educação Física (PEF) por ano, segundo Macrorregião de Saúde.

Nota: Referente às Macrorregiões: CO (Centro-Oeste), SUL (Sul), VA (Vales), NO (Norte), SE (Serra), MET (Metropolitana) e MI (Missioneira).

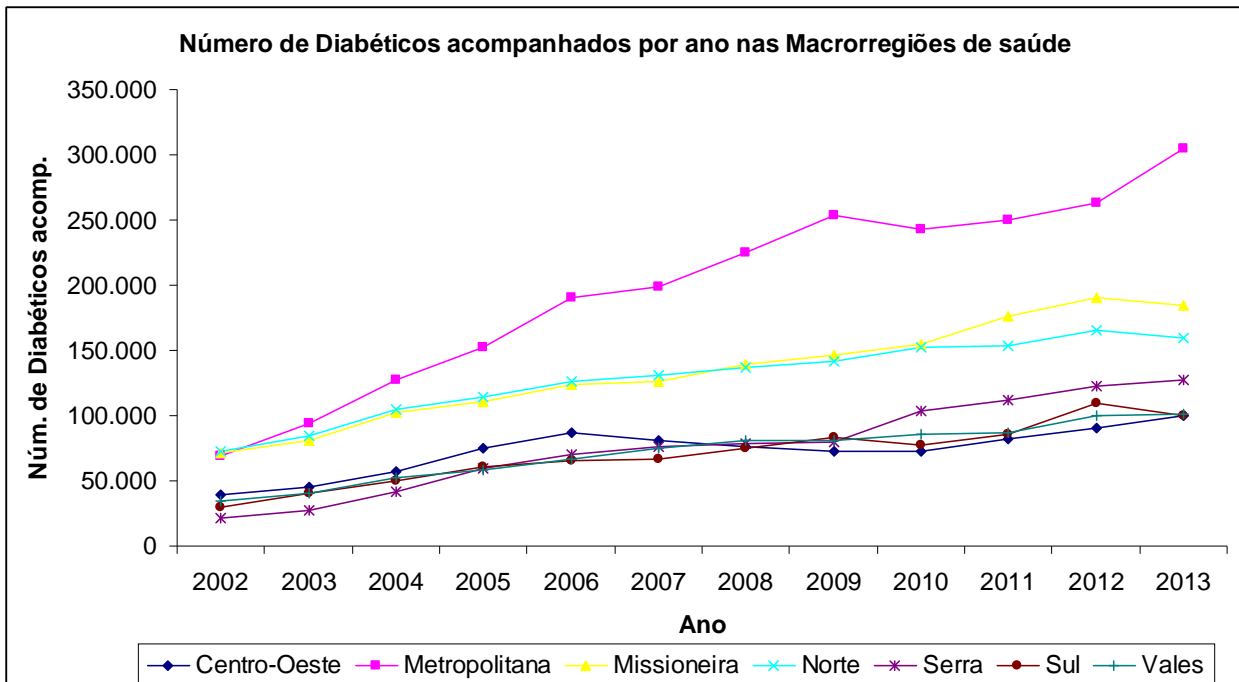


Figura 4 – Gráficos do número de diabéticos acompanhados por ano, segundo Macrorregião de Saúde.

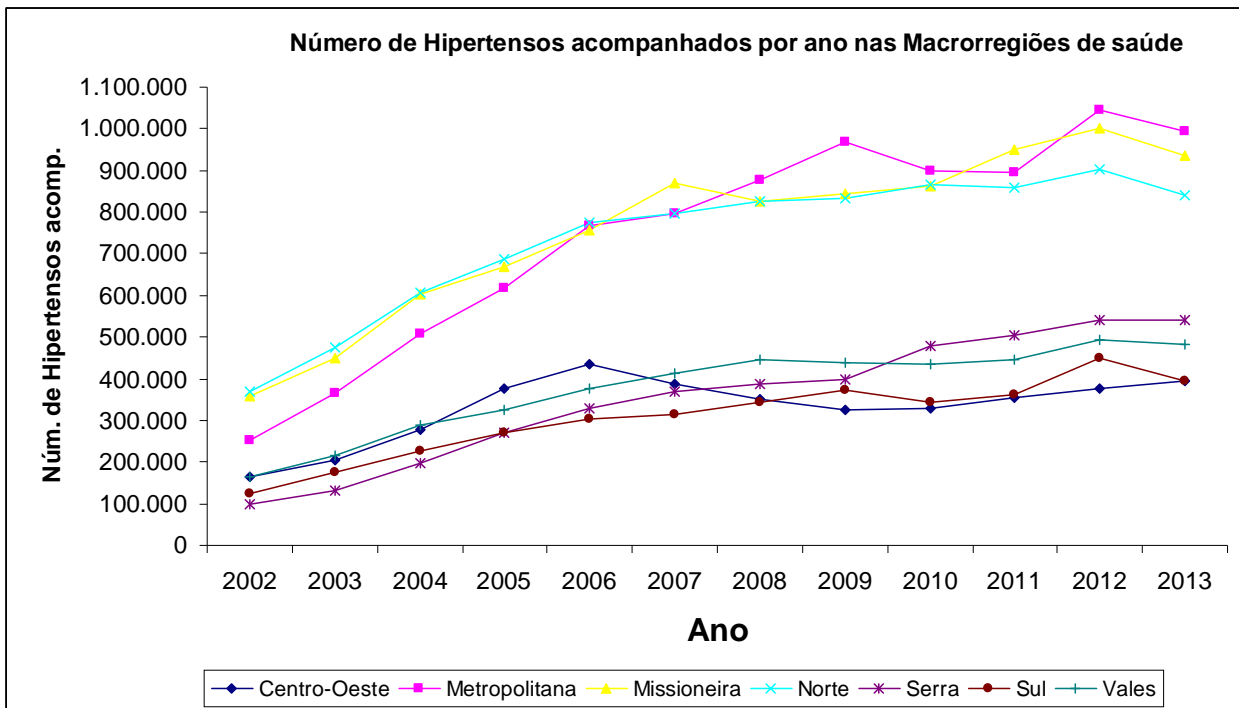


Figura 5 – Gráficos do número de hipertensos acompanhados por ano, segundo Macrorregião de Saúde.

O fato do número de PEF que se inseriram na atenção básica no ano de 2013 corresponderem a 50% de todos os anos até então, um percentual alto, permite inferir que esse profissional está apenas começando a sua trajetória no SUS. Esse crescimento de PEF inseridos no SUS gera certo otimismo quando se considera que é desejável oferecer serviços de promoção a saúde da população através do trabalho destes profissionais. No entanto, é necessário esclarecer que não basta ter o PEF inserido no SUS: é preciso saber qual é a atuação profissional que se deseja, e se ela vai ao encontro dos princípios do SUS.

Conforme se observa na Figura 4, o número de diabéticos acompanhados anualmente tem aumentado nos últimos três anos em todas as Macrorregiões. Isso pode estar relacionado a uma tendência do aumento no número de diabetes ou pelo motivo dessas Macrorregiões estarem ampliando a cobertura de serviços na atenção básica, aumentando o acesso à saúde, resultando em um maior registro e uma maior visibilidade de casos. No entanto, ao se considerar apenas o último ano, as Macrorregiões Missioneira, Norte e Sul apresentam uma diminuição.

De acordo com a figura 5, as Macrorregiões Norte e Missioneira apresentam um elevado número de hipertensos acompanhados anualmente, se comparados à Metropolitana que possui um número de habitantes quatro vezes maior. Uma explicação possível para o número de Hipertensos Acompanhados na Macrorregião Metropolitana ser similar ao das Macrorregiões Norte e Missioneira pode estar relacionada com o fato dessa área ser a mais populosa e não possuir uma cobertura de serviços de atenção básica capaz de fazer o acompanhamento adequado dessa população específica. Além disso, as Macrorregiões Norte e Missioneira estão vinculadas a municípios de porte médio e pequeno possibilitar um acompanhamento mais próximo dessa população específica.

Das três Macrorregiões (Norte, Centro-Oeste e Missioneira) que mais contrataram PEF para atuar na atenção básica, duas delas (Norte e Missioneira) apresentam uma proporção elevada do número de hipertensos acompanhados em relação ao número de habitantes. Isto pode ser uma possível explicação para a inserção desses profissionais nestas Macrorregiões, uma vez que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) funciona como um norteador para os gestores de

saúde criarem estratégias e intervirem em relação às necessidades de saúde da população. No entanto, para verificar se existe relação entre a inserção dos PEF e com os altos índices de diabéticos e hipertensos destas Macrorregiões, seria necessária à análise de outras variáveis.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Programa Academia da Saúde, são exemplos de políticas que podem ser usadas como uma boa estratégia para contribuir para a prevenção e o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. A implementação dessas políticas voltadas para a promoção da saúde, tem possibilitado a criação de espaços para população realizar práticas regulares de atividade física, de forma supervisionada, circunstância potencializadora da inserção do profissional de EFI na atenção básica.

Além da orientação e incentivo do PEF quanto à prática de exercícios regulares, é importante e necessário o município proporcionar espaços públicos adequados e que as reestruturações realizadas nos espaços públicos do município façam com que aumente a oferta para a população de locais aptos a prática de algum tipo de atividade física (SILVA et. al.; 2011). É importante e necessário realizar avaliações que possibilitem verificar os impactos e a efetividade do programa na população (HALLAL et. al., 2009; MENDONÇA et. al., 2009; MORAES et. al., 2010; GUARDA et. al., 2014) e dessa forma contribuir para os governantes e/ou administradores visualizassem o impacto do projeto e assim justificar a ampliação e consolidação como política pública (MORAES et. al., 2010).

Os estudos mostram que os indivíduos que aderem a programas (por exemplo, Academia da Saúde) apresentam melhoras nos componentes de aptidão física relacionada à saúde, diminuição e controle dos níveis de pressão arterial, controle dos níveis de glicemia e colesterol (MENDONÇA et. al., 2009), e diminuem o uso dos serviços de saúde da atenção básica (GIRALDO et al., 2013). No entanto, é necessário ter o cuidado para não passar a ideia de que a atividade física funciona como um remédio para todos os males (FRAGA et. al., 2009), e focar somente em indicadores de saúde (SILVA et. Al., 2011). Considera-se que algumas melhorias na vida das pessoas são identificadas na percepção subjetiva de saúde, na capacidade funcional, na



qualidade de vida, no aumento das relações sociais e na criação de redes de proteção social (MENDONÇA et. al., 2009).

A melhora na percepção subjetiva da saúde só irá surgir se a atividade na qual o indivíduo estiver inserido produzir algum significado, fizer algum sentido. Para que isso aconteça, o PEF da atenção primária de saúde deve direcionar a sua prática para o aspecto educativo, incentivar hábitos saudáveis através de diferentes estratégias, e essas devem ser pensadas e discutidas com a comunidade, chamando atenção para o cotidiano em que vivem e para os valores que priorizam (FREITAS, 2007). Nesse sentido, é necessário que as ações da educação física na saúde privilegiem o processo e, em especial, o vínculo com a população, os territórios, o trato com a informação e com o conhecimento, a possibilidade de multiplicar as intervenções e a transversalidade que significa constituir um modo de organização que se opõe à verticalidade hierárquica das funções (CARVALHO, 2007).

Os resultados desse estudo apontam para um crescimento na inserção dos PEF na Atenção Básica, em especial no ano de 2013, fato que ocorre, possivelmente, devido ao incentivo da implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde. Nesse sentido, é importante que o PEF reflita sobre a forma de direcionar as suas ações, para potencializar o espaço que ocupa no SUS, e dessa forma proporcionar para a população muito mais do que a melhora de indicadores de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações, tais como a utilização de bancos de dados diversos, a existência de outras variáveis não controladas, e também o impacto de outras políticas públicas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo apontam que o aumento da inserção dos PEF na Atenção Básica pode ser influenciado pela implementação das políticas públicas que priorizam a promoção da saúde através das práticas corporais e atividade física. A distribuição dos PEF nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul ocorre de maneira desigual. Destaca-se a Macrorregião Norte, com o maior número, e tendo a principal inserção em Programas da Academia da Saúde. Seguido pela Macrorregião Missioneira, onde a principal inserção dos PEF é nas UBS. A Macrorregião dos Vales é mais desfavorecida em relação à inserção dos PEF. No último ano, a inserção dos PEF na Atenção Básica apresentou um aumento significativo e, dependendo da forma de atuação desse profissional, ele poderá contribuir para modificar as formas de se fazer saúde.

## 6. REFERÊNCIAS

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. il – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

Brasil. **Portaria nº 409**, de 23 de julho de 2008.

Brasil. **Portaria Nº 154**, de 24 de Janeiro de 2008.

Brasil. **Portaria nº 719**, de 7 de Abril de 2011.

Brasil. **Portaria nº 256**, de março de 2013.

Brasil. **Portaria nº 1.029**, de 20 de maio de 2014.

Brasil. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. **Cadastramento Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES**. [Site]. Disponível em: <cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde (TABNET)**. [Site]. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSrs.def>> Acesso em: 5 maio. 2014.

Bueno, A. X.; **Entre o Fazer e o Registrar Da Educação Física no Nasf: A Relação Conflitante Entre o Classificação Brasileira de Ocupações e os Procedimentos Possíveis de Registro pelo Profissional de Educação Física**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) Departamento de Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2012.

Carvalho, Y. M. **Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica**. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Carvalho, Y. M. **Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo)**. In: Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção / organizado por Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. Porto Alegre. Editora da UFRGS. p 63-72. 2007.

Fraga, A. B.; Wachs, F.; Teixeira, I. S.; Nunes, R. V.; Zibenberg, I. G. S. **“Sedentarismo é...”: concepções de praticantes de caminhada e a medicalização das práticas corporais**. In: Fraga, A. B.; Mazo, J. Z.; Stigger, M. P.; Goellner, S. V. Políticas de lazer e saúde nos espaços urbanos. Porto Alegre: Gênese, 2009.

Giraldo, A. E. D.; Gomes, G. A. O.; Serafim, T. H. S.; Zorzeto, L. P.; Aquino, D. C.; Kokubun, 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.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 18, N. 2, p. 186-196, 2013

Gomes, M. A.; Almeida, C. B.; Duarte, M. F. S. **Incentivo a prática atividade física e saúde na atenção primária: 10 anos de parceria entre universidade e município no Alto Sertão Baiano.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 16, N. 3, p. 266-270, 2011.

Guarda, F. R. B.; Silva, R. N.; Silva, S. M.; Santana, P. R. **A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Pelotas. V. 19, N. 2, p. 265-270, Mar. 2014.

Hallal, P. C.; Carvalho, Y. M.; Tassitano, R. M. Tenório, M. C. M.; Warschauer, M.; Reis R. S.; Cruz, D. K. A.; Damascena, W.; Malta, D. C.; Tassitano, R. **Avaliação qualitativa do programa academia da cidade, recife (PE): concepções dos professores.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 14, N. 1, p. 9-14, 2009.  
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.** Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V. 26, N. 1, p. 70-78, Jan. 2010

Mendonça, B. C. A.; Toscano, J. J. O.; Oliveira, A. C. C. **Promoção da atividade física programa academia da cidade aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 14, N. 3, p. 211-216, 2009.

Moraes, P.; Sebastião, E.; Costa, J. L. R. **Projeto Saúde na Praça: uma experiência de promoção da saúde em Araraquara-SP.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 15, N. 4, p. 255-259 , 2010.

Santos, S. F. S.; Benedetti, T. R. B.; **Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 17, N. 3, p. 188-194 , Jun. 2012

Silva, L.; Matsudo, S.; Lopes G. **Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil.** Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. V. 16, N. 1, p. 84-88 , 2011.

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. V. 16, N. 1, p. 5-10 , 2011

Warschauer, M., e D'Urso, L. **Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada.** Saúde e Sociedade. São Paulo. Vol.18, supl .2, 2009