

OS DESAFIOS DA ATUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO BRASIL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Weilla Xavier Costa¹

Jordana Campos Martins de Oliveira²

Célio Antônio de Paula Júnior³

Lucas Raphael Bento e Silva⁴

RESUMO

Em 2013 foi reconhecido o potencial da atividade física para prevenção e promoção da saúde, e foi adicionada ao art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como um determinante e condicionante da saúde. E logo o PEF como um importante componente no quadro multidisciplinar de profissionais nas redes de atendimento da saúde pública. O intuito desse trabalho é verificar quais as possibilidades de atuação do PEF e os desafios que envolvem. A pesquisa se trata de uma pesquisa bibliográfica, que é realizada a partir da revisão e análise de materiais já publicados como livros, revistas e artigos científicos relacionados ao tema apresentado. O PEF atuante na atenção primária deve proporcionar a comunidade experimentar as várias formas de manifestações culturais, práticas corporais lúdicas, esportivas, terapêuticas, ginásticas, danças e a prática de atividades e exercícios físicos, e é imprescindível que este seja capaz de prescrever e conhecer os possíveis riscos na orientação dessas práticas para os diferentes grupos e faixas etárias que atendem, proporcionando a maior segurança possível, assim como também promover ações e eventos que fomentem a população a prática de atividades físicas. De modo geral, as possibilidades de atuação do PEF nas redes de atenção primária são múltiplas, e sua preparação profissional é indispensável para melhor desempenho e enfrentamento dos desafios na execução desse trabalho.

Palavras-Chave: atenção primária; educação física; saúde pública e atividade física.

THE CHALLENGES OF THE PERFORMANCE OF PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONALS IN PRIMARY HEALTH CARE IN BRAZIL: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

In 2013 the potential of physical activity for prevention and health promotion was recognized, and was added to art. 3 of Law No. 8.080, of September 19, 1990, as a determinant and conditioner of health. And then the PEF as an important component in the multidisciplinary framework of professionals in public health care networks. Objective: The purpose of this work is to verify what are the possibilities of action of the PEF and the challenges involved. The research is a bibliographic research, which is the review and analysis of materials we have already published such as books, magazines and scientific articles related to the topic presented. The PEF working in primary care must allow the community to experience the various forms of cultural manifestations, playful, sports, therapeutic, gymnastics, dances and the practice of physical activities and exercises, and it is essential that it be able to prescribe and know the possible risks in guiding these practices for the different groups and age groups they serve, providing the greatest possible safety, as well as promoting actions and events that encourage the population to practice physical activities. In general, the PEF's possibilities of action in primary care networks are multiple, and its professional preparation is essential for better performance and facing the challenges in carrying out this work.

Keywords: primary care; physical education; public health and physical activity

Recebido em 07 de setembro de 2022. Aprovado em 22 de setembro de 2022.

¹ Bacharelado em Educação Física - Centro Universitário Araguaia. E-mail: weilla.xavier@estudante.uniaraguaia.edu.br

² Professora, mestra, do curso de Bacharelado em Educação Física – Centro Universitário Araguaia. E-mail: jordana.oliveira@uniaraguaia.edu.br

³ Professor, doutor, do curso de Bacharelado em Educação Física – Centro Universitário Araguaia. E-mail: celio.junior@uniaraguaia.edu.br

⁴ Professor, doutor do curso de Bacharelado em Educação Física – Centro Universitário Araguaia. E-mail: lucas.silva@uniaraguaia.edu.br

REVISTA UNIARAGUAIA (Online)	Goiânia	v. 17	n. 3	Set./Dez. 2022	1
------------------------------	---------	-------	------	----------------	---

Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

INTRODUÇÃO

A saúde pública brasileira como conhecemos hoje, passou por muitas mudanças históricas e políticas, entre tantos movimentos importantes que aconteceu podemos destacar a Reforma sanitária, que com ajuda dos movimentos estudantis e dos profissionais da saúde, lutaram pela democratização da saúde, durante um período de obscuridade política que foi a ditadura militar (ESCOREL, 1999).

O movimento sanitário iniciou nos anos de 1970 e teve como um dos principais objetivos a prevenção de doenças, com um olhar amplo aos fatores contribuintes para uma saúde plena, que são os fatores físicos, ecológicos e socioculturais. Essa visão multifatorial do processo de saúde e doença foi exposto por Arouca como ação eficiente para o combate da patologia no seu foco inicial, e para melhora das chances de recuperação do paciente, visto que o movimento reforçava as medidas de tratamento precoce das doenças (AROUCA, 1975).

Esse e outros movimentos, lutas e debates culminaram no relatório final da 8ª Conferência de Saúde em 1986, que teve como discussão central (falando de forma simplificada) a busca pelo estabelecimento da saúde como direito de todos. Diante desses tópicos foi pactuado que o direito a saúde é dever do Estado, que a saúde é resultante das condições de vida de cada indivíduo, a moradia, alimentação, meio ambiente saudável, transporte, lazer, saneamento básico, igualdade e universalidade de acesso a saúde. O Estado deve ser responsável pela criação de políticas públicas que assegure tais direitos (BRASIL, 1986).

As redes atenção primária de saúde foram criadas para atender as necessidades de saúde da população, e os fundamentos e diretrizes existentes nas PNAB (Políticas Nacionais de Atenção Básica) que são de descentralização da unidade de atendimento o que consiste na aproximação dessa rede a todas as regiões e setores, acessibilidade, universalidade, continuidade da atenção à saúde do indivíduo, para o desenvolvimento do relacionamento com o mesmo, integralidade e equidade (igualdade de direitos) promovendo assim atendimento integral a todos (BRASIL, 2012).

Estudos revelam que uma grande quantidade de doenças está associada a inatividade física, entre elas a hipertensão, diabetes, doenças circulatórias, câncer de mama, câncer de colôn e depressão (BOOTH et al., 2017; MALTA, 2011). Diante disso a atividade física se tornou um mecanismo essencial para a redução dos riscos de desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, e para o tratamento não medicamentoso. Além de proporcionar melhora do condicionamento cardiorrespiratório, força muscular, resistência, flexibilidade, pode ser usada como tratamento para mais de 26 doenças crônicas entre elas a obesidade, diabetes 1 e 2, hipertensão, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva, osteoartrite, osteoporose, dores nas costas, síndrome do ovário policístico, depressão, ansiedade, estresse, doença de Parkinson, demência e câncer (COELHO; BURINI, 2009; GARBER et al., 2011; PEDERSEN; SALTIN, 2006, 2015).

Em 2013 foi reconhecido seu potencial para prevenção e promoção da saúde, e foi adicionada ao Art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, como dos determinantes e condicionantes de saúde. E então para assegurar que as atividades físicas fossem ministradas de forma segura e eficaz, inclui o profissional de Educação Física (PEF) como um importante componente no quadro multidisciplinar de profissionais da rede de atendimento, assim como médicos, nutricionistas, agentes comunitários, fisioterapeutas entre outros, para o melhor atendimento de todas as demandas da comunidade (BRASIL, 2013, 2017).

As atividades físicas consistem em movimentos corporais não sistematizados, como a realização de caminhadas, subir escadas, limpar a casa, cuidar do jardim, sendo resultantes de gasto energético. E para que não haja confusão entre os termos, os exercícios físicos são

atividades sistematizadas, que são realizadas repetidamente, com um intuito de melhorar a aptidão física (CASPERSEN, POWELL; CHRISTENSON, 1985).

A partir das considerações a respeito dos aspectos que envolvem o contexto histórico e a organização da atenção primária a saúde, é necessário levantar a questão: Quais as possibilidades de atuação do profissional de Educação Física na atenção primária, e os desafios que PEF encontram nas redes para a realização desse trabalho? E a hipótese para essa questão é que existem muitas possibilidades de atuação, no entanto existem muitos obstáculos para consolidação do trabalho do PEF nas redes de atenção primária.

Para buscar confirmar tal suposição, se faz necessária a realização de pesquisas a partir do objetivo geral do estudo, que é verificar quais as possibilidades de atuação do profissional de Educação Física e os desafios que a envolvem.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse projeto classifica-se metodologicamente como uma pesquisa bibliográfica, pois se desenvolveu a partir da revisão de materiais já publicados como livros, revistas científicas, artigos científicos, monografias e teses que possuem relevância para o tema. Esse método foi utilizado com o intuito de analisar os conceitos, contexto histórico que envolvem as redes de atenção primária a saúde, e os desafios que envolvem a inserção e atuação do PEF nas redes (SEVERINO, 2007).

Como principais fontes de pesquisa foram utilizadas as bases de dados Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), Portal de periódicos da CAPES, Google Acadêmico, artigos e leis disponíveis nos portais do Ministério da Saúde e da Justiça Brasileira. Para realização da consulta foram utilizadas a combinação das palavras chave atenção primária, educação física, saúde pública e atividade física.

No primeiro momento da pesquisa foi realizado a filtragem dos materiais encontrados, e para isso foram incluídos os textos disponíveis na íntegra, em Língua Portuguesa e dentro do recorte de tempo do ano de 1988 a 2021, e também materiais que são clássicos indispensáveis para definição de conceitos e elementos históricos.

Logo após essa etapa foi realizada a leitura dos títulos, e dos resumos sendo excluídos artigos duplicados, com incoerência em relação a proposta da pesquisa e materiais que não apresentavam as palavras chaves no seu tema ou resumo. E posteriormente a análise de cada texto, que consiste na leitura na íntegra de cada um desses artigos selecionados. A partir de então transcrever o que foi interpretado a respeito dos conceitos e conhecimentos que integram e minuciam o objeto de estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Relatório de Dawson no ano de 1920, traz as primeiras considerações a respeito da importância e a organização da atenção primária à saúde (APS). Esse modelo foi elaborado pensando na melhora das chances de prevenção e recuperação de doenças de todos cidadãos, independente da região onde moram, o autor previa um atendimento distribuído em microrregiões e setores, facilitando o acesso a atenção médica. Ressaltou atenciosamente também, a importância da visita domiciliar aos pacientes, e a atenção especial ao atendimento de gestantes e ao tratamento odontológico (DAWSON, 1964).

Perante tal referência, as organizações de saúde mundiais, começam a aderirem ao método de regionalização da APS, identificando regiões estratégicas para atender as carências na saúde, apresentadas por pesquisas epidemiológicas de base populacional. E também a integralidade, o que propõe tanto a ação curativa para as doenças, como os projetos de

prevenção a elas, tratando de forma mais completa e ativa os problemas em saúde evidentes nessa região (CRISTINA; FAUSTO, 2007).

Na conferência Alma-Ata de (1978), é declarado que diante do direito a saúde para todos, e das desigualdades sociais econômicas, quanto nas questões que envolvem o conjunto de determinantes da saúde, é necessária uma reformulação no sistema de saúde mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. Que devem ter como prioridade os primeiros cuidados ao paciente, estabelecendo maior vínculo, proximidade, e acessibilidade que será constituído através da descentralização das redes (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1978).

Então Brasil (1988), oficializou na Constituição Federal Brasileira a lei da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

A legislação de 1990, traz mais considerações que orientam a organização do SUS. Além dos objetivos estabelecidos no art. 5º de identificar e divulgar as condições e determinantes da saúde, formular políticas de saúde voltadas para a promoção do campo econômico e social. Também é do campo de atuação do SUS, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

No entanto face do desenvolvimento populacional brasileiro, e dos baixos índices de fecundidade, aumento nas taxas de envelhecimento, transição demográfica urbana, adoção de maus hábitos de vida, e a transição epidemiológica de doenças agudas para crônicas. O sistema antigo fragmentado era deficiente, para atender eficazmente a população e essas novas demandas, sendo muitas vezes fatores para descontinuação dos tratamentos médicos e conseqüentemente piora na saúde de toda a sociedade (CASTIGLIONI, 2010; CHAIMOWICZ, 1997; MENDES, 2011).

Diante dessas modificações sociais, econômicas e na saúde da população, e da incoerência do formato do SUS com a realidade epidemiológica brasileira, no final do ano de 2010, a partir do acordo conjunto entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), foi publicado na Portaria nº 4.279 as estratégias para implementação e organização das Redes Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.1).

O objetivo dessa proposta é através de estratégias comuns entre os serviços de saúde proporcionar a população atenção contínua, igualitária, eficiente, conforme as diretrizes e bases da APS, entendendo seu potencial nos primeiros cuidados a saúde, e que quando exercidos de forma eficiente podem modificar de forma resoluta os quadros de saúde da população atuais e futuros (MENDES, 2011).

O país que tem seus sistemas de saúde orientados pela APS tem a maior probabilidade de melhorar as condições de saúde da população, obterem menor custo com recursos utilizados em casos emergenciais, o não desembolso direto aos usuários pode alcançar as populações mais pobres, prevenindo acometimento e agravamento de doenças, diminuindo as chances de não continuidade em seus tratamentos, maior satisfação e proximidade ao usuário, pode melhorar sua adesão às prescrições médicas, prevenção de doenças crônicas e a diminuição das taxas gerais de hospitalização (OPAS/OMS, 2007).

No processo de implantação das RAS, é apontado indispensável o estabelecimento dos seguintes tópicos: estabelecer população e território de foco; definir a situação em que se encontram; elaboração de objetivos para preencher as demandas do sistema; inter-relação entre o público e o privado; planejar segundo as necessidades reais da comunidade; criação de um sistema logístico e de suporte; investimento nas pessoas e equipes; criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede; e um aporte forte e autônomo com vinculação a metas e resultados (BRASIL, 2014).

Os Núcleos de Atendimento à Saúde da Família (NASF), é uma das estratégias do Ministério da Saúde, estabelecida pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Foi criada para fortalecer as estratégias de saúde da família, com vínculo às Unidades Básicas de Saúde ou outra rede que possui ligação. Onde desenvolvem ações de apoio matricial, por meio da multiplicidade de profissionais da área da saúde, buscam atender de forma mais integral e resoluta as necessidades da sociedade de determinadas regiões e territórios (BRASIL 2008; BRASIL, 2017).

O apoio matricial é o trabalho dado aos profissionais que atuam de forma específica, na necessidade do paciente, onde a partir da identificação da necessidade de auxílio, o profissional de referência (essencial para tratamento dos pacientes), recomenda a procura do apoiador matricial do NASF. Esse trabalho deve ser exercido de forma conjunta, onde cada profissional entenda a importância da assistência do outro, com objetivo principal obter resultados aos cuidados da saúde dos indivíduos (BRASIL, 2009).

Dentre os profissionais da saúde, e apoiadores matriciais que atuam no NASF o PEF é um dos importantes componentes para prevenção e recuperação de muitas vulnerabilidades e riscos epidemiológicos. É recomendado também que o PEF explore suas múltiplas formas de atuação, possibilitando à comunidade experimentar as várias formas de manifestações culturais corporais regionais e nacionais, e mesmo na apresentação de trabalhos nos campos do esporte, ginásticas, danças e a prática de exercícios físicos ligado às medidas e avaliação desses pacientes (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1997; BRASIL, 2009; SUNDFELD, 2010).

Essas práticas corporais, integrativas e complementares foram inseridas no SUS no ano de 2006, como possibilidades para a promoção, prevenção e recuperação de doenças, a PNPS compreende tais como:

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PT nº 687/GM, de 30 de março de 2006 -, compreende que as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras (BRASIL, 2008. p. 5).

Dentro dessas perceptivas o NASF desenvolve um projeto de bastante influência nas metas pela melhora da qualidade de vida, e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, que é a Academia de Saúde. Esse projeto nasceu em 2011, e tem como seus objetivos principais o incentivo a sair do sedentarismo, facilitar o acesso da população a prática de atividades físicas, as possibilitando ter autonomia sobre a adoção de melhores hábitos de vida, e a junção de ações de saúde, cultura, educação, assistência social, esporte e lazer (BRASIL, 2014).

O Conselho Federal de Educação Física também traz importantes considerações quanto a atuação, conduta e procedimentos que PEF deve ter na sua atuação na atenção primária a saúde. É imprescindível que este seja capaz de prescrever e conhecer os possíveis riscos na orientação das práticas de exercícios e atividades físicas para os diferentes grupos e faixas etárias que atendem, proporcionando a maior segurança possível (CONFEEF, 2010).

O PEF deve ser capaz de diagnosticar, planejar, supervisionar, avaliar, desenvolver o máximo de capacidades motora nos pacientes, incentivar a adoção de melhores hábitos de vida, promover ações e eventos que fomentem a população a prática de atividades físicas, aconselhar a criação de espaços públicos para realização de tais práticas, todas essas considerações devem acontecer de forma inclusiva e orientada pelos objetivos estabelecidos pelos órgãos responsáveis (CONFEEF, 2010).

No entanto, mesmo diante da importância, benefícios e das leis que asseguram a presença do PEF nas redes de atenção primária à saúde, acredita-se que essa realidade ainda é pouco animadora, muitas barreiras e estigmas precisam ser quebrados. E isso tem se dado por diversos fatores, que podem estar ligadas desde a não contratação desses profissionais por motivos econômicos, até a não qualificação adequada as muitas responsabilidades exigidas quando se trata do cuidado a saúde de pacientes (BENEDETTI, 2013).

Estudo realizado em 2011, apesar de ter uma boa perspectiva sobre o número de PEF atuantes nos NASF e na estratégia a saúde da família, os dados apontam que o maior número de PEF contratados nessas áreas, se diferenciam de estado para o outro. Onde os maiores índices pela quantidade de NASF, foi no Acre e no Paraná com proporção de acima de 75%. Em contrapartida no Centro-Oeste entre a média bruta de 100 núcleos existentes, apenas média de 41 PEF estão atuando (BENEDETTI, 2013).

Segundo Barbosa et al., (2016), existe também uma escassez de recursos financeiros no SUS, o que dificulta a prática do PEF devido à falta de espaços adequados para realização de atividades que possam ser desenvolvidas por esses profissionais e de recursos materiais. Este estudo também argumenta essa falta dos PEF na saúde pública segundo a falta de capacitação, na falta de disciplinas e conteúdo na graduação, e campos de estágios que preparem o aluno para atuação nas redes.

Pesquisa de Gonçalves et al., (2015), as Unidades Básicas de saúde, e outros locais onde os NASF oferecem apoio na cidade de São Paulo, apresentaram escassez de espaço físico para realização de reuniões e outras atividades, ausência de recursos materiais básicos como cadeiras e armários, de também a falta de transportes para auxílio dos profissionais em realização de ações e projetos.

Referente à formação dos multiprofissionais, o autor reafirma e critica, que existe um distanciamento entre os conhecimentos teóricos e práticos no processo de ensino, principalmente em graduações a distância, o que enfraquece a proposta da atenção básica, que é de uma atenção acolhedora, integral e a prática do trabalho em equipe (GONÇALVES et al., 2015).

Outra problemática é apresentada por Falci e Belisário (2013), foi a falta de compreensão sobre a atuação do PEF, ou reconhecimento por parte da população e pacientes que buscam atendimento nas redes e dos profissionais já consolidados na área como médicos e

enfermeiros. Sendo visto muitas vezes como um professor recreacional, e muitas vezes os outros profissionais nem sabiam que o PEF, é um dos componentes do quadro de profissionais, o que muitas vezes foi apresentado como fator de dificuldade de realizar o trabalho de forma conjunta com os outros profissionais.

Esse mesmo autor também indica que os PEF pesquisados, relataram dificuldades no atendimento a condições específicas de saúde, que a graduação deveria apresentar matérias específicas que o oriente a atuação na saúde pública, estágios que melhore seus conhecimentos práticos melhorando sua segurança quanto sua intervenção em doentes e saudáveis (FALCI, BELISÁRIO, 2013).

O autor Ferreira et.al., (2016), também se vê defronte, com questões muito parecidas. Os PEF, relatam preconceito com sua profissão, alguns médicos em que tinham que estabelecer a relação de comum apoio, se colocavam em posição de superioridade profissional em relação aos seus conhecimentos. E mesmo quando havia uma boa troca de conhecimentos, sempre havia discussões e convergências entre suas ideias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, esta pesquisa se desenvolveu a partir do objetivo de esclarecer as possibilidades de atuação do PEF dentro da saúde pública, em específico na atenção primária. Foi discorrido sobre a criação do SUS e a organização desse sistema, atenção primária, e o Nasf que é um dos principais núcleos de acesso da comunidade a esse nível de atenção.

Logo, identificar o lugar do PEF dentro da organização, quais práticas o Ministério da Saúde e o Conselho Federal de Educação Física competem como indispensáveis dentro desse núcleo, tanto para prevenção das doenças, quanto no auxílio no tratamento que é o foco desse nível de atendimento. Além disso, mostrar uma visão crítica a respeito de como isso tem de fato acontecido, o que os PEF que estão no desempenho dessa função tem encontrado de obstáculos.

A partir disso foi possível constatar que são múltiplas as alternativas que PEF tem de atuação nas redes de atenção primária, como trabalhos no campo das práticas corporais lúdicas, esportivas e terapêuticas como os jogos, lutas, capoeira, ginásticas, esportes, danças, Yoga, Shiatsu, assim como as atividades físicas e exercícios físicos voltados à avaliação antropométrica e à melhora do condicionamento físico e performance humana, todas elas com o objetivo de prevenção e tratamento de doenças.

Esse trabalho se estende também, para a promoção ações e eventos que incentivem a comunidade a adoção de melhores hábitos de vida e saída do sedentarismo, e ser ativo na elaboração de projetos que visem aumento, e melhoria de espaços públicos para realização das práticas mencionadas.

No entanto foi constatado, que esse trabalho acontece com alguns desafios desde a formação e capacitação desses profissionais, pois existe a falta aplicação de conhecimentos específicos e práticos para o atendimento de pessoas com diferentes problemas de saúde e dificuldades sociais, poucos estágios na área o que dificulta esse processo de aprendizado.

Assim como também um número pequeno de contratação, poucos recursos de espaço e materiais adequados para realização das práticas, dificuldade no relacionamento com os demais profissionais que atuam na área, como falta de reconhecimento e discussões dentro desse trabalho conjunto.

Espera-se que através deste breve estudo, grande parte das dúvidas que os alunos de graduação em educação física relacionadas as possibilidades de intervenção, e os desafios na atenção primária a saúde sejam elucidadas. Assim como chamar atenção do corpo docente das faculdades e universidades, sobre a importância do aumento dos conteúdos no projeto

pedagógico a respeito do ensino das práticas específicas na prevenção e tratamento de doentes, apoio matricial e saúde pública.

Visto os resultados que foram apresentados, os objetivos da pesquisa que foi verificar quais as possibilidades de atuação do profissional de Educação Física e os desafios que a envolvem, foram alcançados. Foi possível responder as perguntas que foram levantadas e confirmar a hipótese da pesquisa.

Porém algumas dificuldades foram encontradas, os materiais bibliográficos relacionados ao tema de saúde pública e saúde primária a maioria são mais antigos, e estão dispostos nos portais do ministério da saúde e da justiça brasileira, o que algumas vezes dificulta o acesso e análise do documento. E existem poucos artigos que tratam sobre as dificuldades que o PEF encontra na sua atuação na saúde pública.

Outra grande dificuldade encontrada, foi em conseguir entrar em contato com esses PEF e a equipe multidisciplinar, pois inicialmente a pesquisa se tratava de uma pesquisa de campo, exploratória por meio de questionário, no entanto não foi possível dar continuidade devido esse impasse, e então foi realizada a pesquisa bibliográfica.

Pesquisas futuras podem ser realizadas aqui na cidade de Goiânia, buscando analisar em campo como tem se constituído a atuação do PEF na atenção primária, realizar questionários com os PEF e outros profissionais, para melhor compreender a dinâmica desse trabalho, o apoio matricial, e suas barreiras.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, A. S. DA S. **O Dilema Preventista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medida Preventista**. Campinas-SP: Universidade Estadual de Campinas, pp. 1-226, 1975. Disponível em: <<https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aroucaass.pdf>> Acesso em: 23/03/2021.
- BARBOSA, A. et al. Reflexões sobre a inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**. 2016. Disponível em:<<http://sys.facos.edu.br/ojs/index.php/perspectiva/article/view/14/10>>. Acesso em: 09/06/2021.
- 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, 2013, pp. 188–194. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/1857/1697>>. Acesso em: 09/06/2021.
- BOOTH, F. W. et al. Role of inactivity in chronic diseases: Evolutionary insight and pathophysiological mechanisms. **Physiological Reviews**, v. 97, n. 4, p. 1351–1402, 2017. Disponível em: <<https://journals.physiology.org/doi/pdf/10.1152/physrev.00019.2016>> Acesso em: 28/03/ 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 23/03/2021.
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: **Senado Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 09/06/2021.
- BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em:

09/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 09/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF. **Caderno de atenção básica**, v. 27, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 09/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf. Acesso em: 09/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. pp. 110. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 03/03/2021.

BRASIL. Lei nº 12,864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Presidência da República. **Casa Civil**, Brasília, DF, 24 set. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm>. Acesso em: 06/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 09/06/2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Academia da Saúde**. 2014, pp. 1. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf>. Acesso em: 09/06/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de Diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 set. 2017. pp. 68. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031n>. Acesso em: 06/03/2021.

CASPERSEN, C.J., POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Public Health Reports. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, pp.126- 131, 1985. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424733/pdf/pubhealthrep00100-0016.pdf>>. Acesso em: 06/03/2021.

CASTIGLIONI, A. H. **Transição urbana e demográfica no Brasil: características, percursos e tendências**. v. 14, pp. 6- 26, 2010. Disponível em: <<<https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/59464/34988>>>. Acesso em: 08/04/2021.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184–200, 1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>>. Acesso em: 08/04/2021.

CRISTINA, M.; FAUSTO, R. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**. Rio de Janeiro, RJ,

Brasil.2007, pp. 43–67. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20-%20Aten%c3%a7%c3%a3o%20Prim%c3%a1ria%20%20Sa%c3%bade.pdf>>. Acesso em: 09/06/2021.

COELHO, C. DE F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, pp. 937- 946, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rn/v22n6/v22n6a15.pdf>>. Acesso em: 09/06/2021.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 18 de 1997. **Regulamentação das profissões de Saúde**. 1997, pp. 8932. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>. Acesso em: 09/06/2021.

CONFED. **Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro; 2010, pp. 9-47. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2363.pdf>>. Acesso em: 09/06/2021.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, **Organización Panamericana de la Salud**, n. 93, 1964. Disponível em: <<https://www.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso em: 08/04/2021.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora **Fio Cruz**, 1º ed. 208 pp. 9-205. Disponível em:<<https://static.scielo.org/scielobooks/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616.pdf>>. Acesso em: 23/03/2021.

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: Communication, Health, Education**, v. 17, n. 47, 2013, pp. 885–899. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/icse/a/KR83XRR4M6qDnGfc5DLqw9s/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 09/06/2021.

FERREIRA, T. et al. A inserção do Profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família: visão dos profissionais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 3, 2016, pp. 228–236. Disponível em: <<https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/5703/6025>>. Acesso em: 09/06/2021.

GARBER, C. E. et al. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: Guidance for prescribing exercise. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 43, n. 7, pp. 1334–1359, 2011. Disponível em: <<https://academiccommons.columbia.edu/doi/10.7916/D8CR5T2R>> Acesso em: 27/03/2021.

GONÇALVES, R. M. DE A. et al. Estudo do trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Introdução. **Rev. bras. Saúde Ocupacional**. v. 40, n. 131, 2015, pp. 59–74. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/rbso/a/mNVPBPGdkVY9GKnrH78Q5nf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 09/06/2021.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. DE; SILVA JUNIOR, J. B. DA. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, dez. 2011, pp. 425-438. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742011000400002#:~:text=O%20Plano%20de%20A%C3%A7%C3%B5es%20Estrat%C3%A9gicas,DCNT%20nos%20pr%C3%B3ximos%20dez%20anos>. Acesso em: 09/06/2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição ed. Brasília: Organização Pan-

- Americana da Saúde: 2011. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 09/06/2021.
- OPAS/OMS, O. P.-A. DA S. O. M. DA S. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento.** 2007, pp. 44. Disponível em:<<https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Renovacao-Atencao-Primaria.pdf>>. Acesso em: 09/06/2021.
- PEDERSEN, B. K.; SALTIN, B. Exercise as medicine - Evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v. 25, p. 1–72, 2015. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26606383/>>. Acesso em: 09/06/2021.
- PEDERSEN, B. K.; SALTIN, B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. **Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports**, v. 16, n. SUPPL. 1, p. 3–63, 2006. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16451303/>>. Acesso em: 09/06/2021.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho Científico.** 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007. Disponível em: https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulga%C3%A7%C3%A3o/LIVROS/Metodologia_do_Trabalho_Cient%C3%ADfico_-_1%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o_-_Antonio_Joaquim_Severino_-_2014.pdf. Acesso em: 25/11/2021.
- SUNDFELD, A. C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: Relato de uma experiência. **Physis**, v. 20, n. 4, 2010, pp. 1079–1097. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/rdjTTCjbFdzqpWT3bYxjkbP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09/06/2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional de Cuidados Primários.** 1978, pp. 3. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 09/06/2021.