

**A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THE INTEGRATION OF VOCATIONAL EDUCATION IN PHYSICAL HEALTH CENTER OF SUPPORT FOR FAMILY PRACTICE**

**Patrícia Paranhos Vieira**

Universidade Presidente Antonio Carlos – Campus Ipatinga/MG

**Núbia Alves Reis**

Universidade Presidente Antonio Carlos – Campus Ipatinga/MG

**Marilane de Cascia Silva Santos**

Mestre em Ciência da Motricidade Humana – UCB/RJ

Professora da Universidade Presidente Antonio Carlos – Campus Ipatinga/MG

**Resumo:** A saúde pública no transcorrer histórico recebeu variada influência frente aos governos vigentes a cada período, o que repercute no manejo das ações no setor. O Brasil, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e da publicação da Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde), instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual a saúde pública no país é pautada. O governo federal prioriza a estratégia do programa saúde da família para a reorganização da atenção básica de saúde, aliando aos programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O objetivo do NASF é ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. O mesmo é composto por uma equipe multiprofissional, dentre estes o Profissional de Educação Física. O objetivo deste estudo é evidenciar através de referências bibliográficas o papel do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a pertinência do seu exercício profissional frente o direito da saúde a todos, como promulga a Constituição Federação de 1988. Concluiu-se que, ao longo da história do Brasil a saúde muitas vezes foi conduzida ao descaso; recebendo uma multiplicidade de aspectos de atenção, a maioria deles relacionados às enfermidades e epidemias. A conceituação do trato com a saúde difere da atuação na doença evidenciando a preocupação com a prevenção e a promoção do bem-estar mental, social e físico, fomentando a saúde a todos, sendo que, observando atuação do Profissional de Educação Física, o mesmo torna-se imprescindível à equipe multiprofissional.

**Palavras chaves:** Educação Física, Saúde Pública, Equipe Interdisciplinar.

**Abstract:** Public health history over the course received wide influence as compared to the current governments in each period, which affects the management of activities in the sector. Brazil, after the promulgation of the Constitution of 1988 and the publication of Law No. 8080 (Organic Law of Health) established the National Health System (SUS), to which public health in the country is ruled. The federal government's strategy to prioritize family health program for the reorganization of primary health care, combining the programs of Community Health Agents (CHA) and the Centers for Family Health Support (NASF). The aim of the NASF is to expand the range and scope of the shares of primary care. The same is composed of a multidisciplinary team, among them the Professional Physical Education. The aim of this study is to demonstrate through references the role of physical education professional in the

Center for Support to Family Health and relevance of their professional front the right of health to all, and promulgates the Constitution of the Federation 1988. It was concluded that, throughout the history of Brazil's health was often led to neglect, receiving a multitude of aspects of attention, most of them related to diseases and epidemics. The concept of dealing with health differs from performance in showing concern for disease prevention and promotion of mental well-being, social and physical environment, promoting good health for all, and, observing the action of Professional Physical Education, it becomes It is indispensable for the interdisciplinary team.

**Keywords:** Physical Education, Health, Interdisciplinary Team

### **Introdução**

A saúde pública no Brasil no transcorrer histórico recebeu variada influência frente aos governos vigentes a cada período, o que repercute no manejo das ações no setor. O mundo no período contemporâneo frente ao avanço técnico – científico das diversas áreas de conhecimento, faz uma abordagem a saúde do ser humano de forma integral, o foco atual é estabelecido para condições à promoção, proteção e recuperação da saúde, com ênfase nos aspectos de hábitos saudáveis de vida, como meio preventivo para a garantia da qualidade de vida dos seres humanos.

O Brasil, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e da publicação da Lei nº 8080 (Lei Orgânica da Saúde), instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual a saúde pública no país é pautada. O governo federal prioriza a estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) para a reorganização da atenção básica de saúde, sendo a porta de entrada ao cidadão, substituindo o modelo tradicional e aliando aos programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF, aliciando-se ao PSF vem com objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica. O mesmo é composto por uma equipe multiprofissional, dentre estes o Profissional de Educação Física.

A Profissão Educação Física com seus conhecimentos específicos sobre as diferentes condições, conceitos e possibilidades metodológicas de promover programas de atividades físicas e esportivas para a sociedade é considerada de forma contundente como elemento imprescindível para a consecução dos objetivos de saúde e qualidade de vida da população. Quando aplicada de forma qualificada, competente, responsável e ética, certamente poderá contribuir significativamente para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e

fortalecimento dos anseios e dos direitos de cidadania, (Carta brasileira de prevenção integrada na área da saúde – na perspectiva da educação física. CONFEF, 2006).

A carta brasileira de prevenção integrada a área da saúde (CONFEF, 2006) refere que nos campos da prevenção e promoção da saúde as múltiplas potencialidades da atividade física correspondem a uma prática economicamente viável para promoção da saúde e da inclusão social, revelando-se ícones da prevenção integrada e holística.

O objetivo deste estudo é evidenciar através de referências bibliográficas o papel do profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a pertinência do seu exercício profissional frente o direito da saúde a todos, como promulga a Constituição Federação de 1988.

Justifica-se pela valorização dos aspectos físicos, cognitivos e sociais desenvolvidos pelo educador físico na melhoria da qualidade de vida dos usuários junto à equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ampliando a abrangência da atenção básica como profissional responsável para as ações de atividade física/práticas corporais.

Para o referido estudo foi utilizada revisão de literatura como livros, portarias do Ministério da saúde, artigos científicos sobre o tema saúde pública brasileira e assuntos relacionados; buscando o conhecimento para historiar a saúde do Brasil Colônia ao Contemporâneo, até a criação do Núcleo de Apoio à saúde da Família, tendo a inserção do Profissional de Educação Física e relacionando a concernência do exercício profissional para o bem-estar físico, social e intelectual dos seres humanos buscando minimizar os agravos à saúde que vem assolando de forma progressiva a sociedade atual.

### **Histórico da saúde pública no Brasil**

Nas nuances do desenvolvimento do Brasil desde a colonização até os tempos atuais, há um entrelaçamento das questões históricas com os tratos em saúde. No período colonial, quando o Brasil foi descoberto em 1500 por Pedro Álvares Cabral, as primícias eram as idéias de um paraíso terreno, contraditório ao que se encontrava no continente europeu. Na época, milhares de vidas eram assoladas de enfermidades, logo a tendência idealizadora de “paraíso” foi substituída, devido ao dilema sanitário, onde os colonizadores brancos e os escravos africanos tinham poucas chances de sobrevivência, (FILHO, 2006).

Yida (1994) refere que no século XVI a população colonial, rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas do que recorrer aos

médicos formados na Europa. Havia ausência de serviços de saúde eficientes, fazendo com que a orientação dos médicos só fosse aceita em épocas epidêmicas.

Stepan (1976) cita que em 1808 devido à vinda da corte portuguesa para o Brasil ocorreram mudanças na administração pública colonial, inclusive na área da saúde. O Rio de Janeiro, sede provisória do império lusitano e principal porto do país, tornou-se o centro das ações sanitárias.

Assim segundo o autor supracitado, por ordem real, foram fundadas as academias médico-cirúrgicas do Rio de Janeiro (1813) e da Bahia (1815), logo transformadas nas duas primeiras escolas de medicina do país. Essa criação surgiu a partir de uma necessidade de atendimentos constantes e organização das questões sanitárias.

Frente às enfermidades essas escolas expunham hipóteses de causas das epidemias cariocas, entre elas às de que os navios vindos do estrangeiro estavam contaminados, e os miasmas (“ar corrompido”, que vindo do mar pairava sobre a cidade). A fase imperial da história brasileira encerrou-se sem que o estado solucionasse os graves problemas de saúde da coletividade.

A etapa subsequente à proclamação da república de 1889, foi embalada por uma idéia de modernizar o Brasil a todo custo, além de trazer o trabalhador como capital humano tendo as funções produtivas como a fonte geradora da riqueza das nações. A medicina assumiu o papel de guia do Estado para assuntos sanitários, comprometendo-se a garantir a melhoria da saúde individual e coletiva e por extensão, a defesa do projeto de modernização do país.

Nesse período a medicina se dividia na idéia tradicional que atribuía as epidemias aos “ares corrompidos” e a medicina moderna, baseada nos conceitos da bacteriologia e da fisiologia desenvolvidos na Europa e que tinham em Louis Pasteur e Claude Bernard seus principais divulgadores. Pouco a pouco, começou a ganhar forma no Brasil um novo campo do conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos. Definiu-se assim uma área científica chamada de medicina pública, medicina sanitária, higiene ou simplesmente saúde pública.

Filho (2006) refere que durante a República Velha (1889 – 1930) o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Na “era Vargas” (1930 – 1945) a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública. A atuação do governo Vargas no campo da saúde dos trabalhadores representou um avanço em relação ao período anterior.

Nos primeiros anos da República, iniciou-se um movimento de educação na área da saúde. Seu objetivo era convencer a população da necessidade de mudar hábitos tradicionais anti-higiênicos, que facilitavam a disseminação de doenças, principalmente as de caráter infecto-contagioso.

No período de redemocratização (1945–1964), foi estabelecida a prioridade de organização racional dos serviços públicos. No regime militar de 1964 o primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi à redução das verbas destinadas à saúde pública. Em 1966 o governo criou o instituto nacional de previdência social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. INPS ficou subordinado ao Ministério do trabalho. Estabeleceu-se assim, na esfera pública, um sistema dual de saúde: o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria, pelo menos em teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias, (OLIVEIRA, 1986).

Ainda no final dos anos 70 houve o surgimento da Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva (Abrasco) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). A partir dessas associações, desenvolveu-se o chamado Movimento Sanitarista que elaborou um documento intitulado pelo direito universal à saúde. Nesse texto, afirma-se com ênfase que o acesso à assistência médico-sanitária é direito do cidadão e dever do Estado. A importância deste princípio repercutiu nos trabalhos da Assembléia Constituinte. A redação final da constituição promulgada em 1988 incluiu a maior parte das propostas das organizações populares e de especialistas na área da saúde, (FILHO, 2006).

### **Saúde pública brasileira um Sistema Único de Saúde**

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, a Saúde Pública Brasileira contemporânea é envolta em um Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi instituído no país a partir de 1990 com a publicação da Lei nº 8080, lei orgânica da saúde (LOS), que estabelece as condições para a promoção, proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços inerentes à saúde no Brasil.

No Brasil as intervenções estatais ocorrem desde o período colonial, sendo que as formas mais incisivas se deram a partir do período republicano. O SUS apesar do pequeno curso histórico, é entendido como a principal política pública para o setor de saúde e o projeto maior do movimento sanitário brasileiro, (ELIAS, 2004).

Há cerca de 20 anos de SUS, um impacto visível se deu na ampliação do acesso a serviços de saúde em todo o País. Segundo dados da Organização Pan-americana de Saúde (apud BORGES, 2008) mesmo com todas as dificuldades ainda presentes principalmente nas áreas rurais, há uma cobertura quase que completa da atenção básica em todo o País; contrapondo-se à atenção na saúde antecedente a Constituição Federal.

**“A saúde é direito de todos e dever do Estado. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.”,  
(BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988, Art. 196 e 198).**

A Norma operacional básica do Sistema único de saúde, a NOB-SUS/96 refere que os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, foram transformados na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas (econômicas e sociais) que reduzam riscos e agravos à saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez. A lei orgânica da saúde reafirma esse amplo sentido quando ratifica que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais” ainda, dizem respeito à saúde em que “as ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social”, (CNM, 2008).

O SUS deve inserir-se nas políticas públicas de seguridade social e, de forma integrada, destinarem-se a garantir às pessoas e à coletividade condições de saúde, assim, os princípios e as diretrizes do SUS apontam para a garantia do acesso integral. Os conceitos que regem as políticas públicas de saúde no Brasil são: universalidade, integralidade, equidade, controle social, descentralização, (CNM, 2008).

**“O Conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público constitui o Sistema Único de Saúde.” (BRASIL, Lei nº8080/90, Art.4º).**

O cuidado com a saúde encontra-se organizado nos níveis de atenção, que são: básica, média e alta complexidade. Além da ordenação das ações e dos serviços de saúde, essa estrutura visa facilitar a programação, o planejamento, o controle e a avaliação do Sistema de Saúde.

A Portaria, nº 648 de 28 de março de 2006 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006), prova a política nacional de atenção básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS).

A atenção básica é caracterizada como a porta de entrada do SUS, devendo realizar um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, contemplando em sua estrutura organizacional as unidades básicas de saúde. Já a média e alta complexidade é composta por ações e serviços que visam a atender os principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e o tratamento, (CNM, 2008).

O Programa de saúde da família (PSF) é a estratégia prioritária do governo federal para a reorganização da atenção básica de saúde. O principal propósito do PSF é orientar as práticas da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias. O mesmo, alia-se o ACS e aos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), (SEANE, 2009, SOUSA, 2008).

### **Criação do Núcleo de apoio à saúde da família (NASF)**

O ministério da saúde criou o núcleo de apoio à saúde da família (NASF), a partir da portaria ministerial nº 154, de 24 de fevereiro de 2008, publicada no diário oficial da união no dia 25 subsequente. O enfoque dado aos núcleos é de reforço para a estratégia da saúde da família, integrando o projeto Mais Saúde, plano estratégico de saúde lançado em dezembro de 2007 pelo Ministério da Saúde e que contém ações para a ampliação da assistência e da qualificação do Sistema Único de Saúde até 2011, (CNM, 2008).

**“Art. 1º Criar os núcleos de apoio à saúde da família – NASF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de saúde da família na rede de serviços e o processo de**



**territorialização e regionalização a partir da atenção básica.”, (PORTARIA Nº154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008).**

Os núcleos surgem com uma proposta de ampliar a ação da Estratégia de saúde da família, sobretudo na sua resolutividade. A ampliação se dá no número de profissionais vinculados ao PSF, que reúne especialidades. O foco de atenção deve ser difundindo em consonância com a demanda da comunidade circunscrita ao Núcleo. Faz parte da estratégia de atuação dos núcleos a promoção da saúde e a qualidade de vida, com estratégia na prevenção de agravos.

Segundo a regulamentação Portaria nº154/08 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008), são instituídos dois tipos de núcleos; o NASF 1 deve ter, no mínimo, cinco profissionais de diferentes áreas. A única exceção é para os profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional, que têm jornada de trabalho diferenciada e, por isso, podem ser contratados 2 para cada núcleo. Cada núcleo poderá atender de 8 a 20 equipes de saúde família. Como forma de atender às desigualdades regionais em municípios da região norte com até 100 mil habitantes, o NASF 1 poderá ser vinculado a cinco equipes do saúde da família; o NASF 2 deve ter a partir de três profissionais de diferentes áreas, estar vinculado a, no mínimo, três equipes do saúde da família e só poderá ser implementado um núcleo por município. Esse município precisa ter densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetros quadrado, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O processo de implantação nos Núcleos de Apoio à saúde da família está em construção em todo território; a efetividade da ação do NASF na qualificação da assistência exige um exercício de compromisso e co-responsabilidade por parte de todos os atores envolvidos. Os profissionais do NASF devem conhecer o território e estar integrado às atividades das Unidades de Saúde da Família (USF), participando do planejamento e organização dos serviços, além de promover a articulação com a comunidade e com os diversos equipamentos da região para maior resolubilidade dos problemas de saúde.

### **Atuação em Educação Física**

A atuação de responsabilidade de todos profissionais que compõem o NASF, a serem desenvolvidas em conjunto com as equipes de saúde da família, estão descritas no Anexo I da Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008; portanto as ações dos Profissionais de Educação Física, como dos demais profissionais do NASF, deverão ser pautadas por esta portaria.

Outrossim, ratificando o proposto existem diretrizes específicas ao exercício profissional que compete a cada conselho.

Segundo a Carta Brasileira de Educação Física (2002), a Educação Física deverá construir-se sem distinção de qualquer condição humana e sem perder de vista a formação integral das pessoas, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos, tendo que ser conduzida pelos Profissionais de Educação Física como um caminho de desenvolvimento de estilos de vida ativos nos brasileiros, para que possa contribuir para a qualidade de vida da população, (CONFEEF, 2002).

Portanto, as intervenções do profissional de Educação Física do NASF serão dirigidas a grupos-alvo, de diferentes faixas etárias, portadores de diferentes condições corporais e/ou com necessidades de atendimentos especiais, junto à equipe multiprofissional do NASF. A intervenção deste profissional ocorrerá com a aplicação dos conhecimentos científicos, pedagógicos e técnicos sobre a atividade física, com responsabilidade ética, (CONFEEF, 2002).

A Educação Física afirma-se, segundo as mais atualizadas pesquisas científicas, como atividade imprescindível à promoção e à preservação da saúde e à conquista de uma boa qualidade de vida. Todavia a inserção deste profissional no NASF faz-se necessária, devido primordialmente ser consensual no seio da comunidade. A prevenção de grande parte dos males da modernidade passa pela prática de atividades físicas, prática essa responsabilmente orientada visando à melhoria da qualidade de vida da sociedade, proporcionando ao indivíduo adotar um estilo de vida que seja suficientemente ativo, permitindo-lhe condições de viver e conviver livremente com suas necessidades, desejos, demais pessoas e meio-ambiente, podendo dessa forma exercer todos os seus direitos e capacidades de cidadania, o que é proposto na Constituição Federal de 1988. (CONFEEF, 2005)

O Profissional de Educação Física, acoplado à equipe multiprofissional do NASF alia-se à estratégia saúde família, sendo todos parte integrante do SUS, com o objetivo de garantir a saúde como direito de todos conforme a portaria mostrada a seguir.

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.” (Portaria nº154/08, MINISTERIO DA SAÚDE, 2008).

Dentre os benefícios do exercício corporal proporcionados pelas práticas físicas estão: a estimulação de vários sistemas orgânicos, especialmente o cardiopulmonar, contribuição eficazmente para o controle do peso corporal, auxílio à manutenção da pressão sanguínea em níveis aceitáveis, atuação na integridade dos sistemas ósteo-articular, nervoso e muscular, e propicia a descontração, compensando o estresse da vida moderna, entre outras funções, (CONFEEF, 2005). Portanto é relevante a inserção do profissional de Educação Física à equipe multiprofissional do núcleo de apoio à saúde da família.

### **Conclusão**

Embasando-se em referências teóricas expostas neste trabalho concluiu-se que, ao longo da história do Brasil a saúde muitas vezes foi conduzida ao descaso; recebendo uma multiplicidade de aspectos de atenção, a maioria deles relacionados às enfermidades e epidemias.

Atualmente há um Sistema Único de Saúde em progresso, passivo a novos programas e projetos, por ventura falho em alguns aspectos; contudo, na atualidade o avanço técnico – científico abrangente a todos os setores conduz o Brasil à principal política pública de saúde e ao projeto maior do movimento sanitário brasileiro.

A conceituação do trato com a saúde difere da atuação na doença evidenciando a preocupação com a prevenção e a promoção do bem-estar mental, social e físico, fomentando a saúde a todos. Objetivando a ampliação da estratégia saúde da família foi criado o NASF. Em observância a concernência da atuação do Profissional de Educação Física, o mesmo é imprescindível à equipe multiprofissional.

Recomendam-se novos estudos referenciando os diversos aspectos das ações do profissional de Educação Física no NASF, uma vez que esta é uma recente área de atuação para este profissional.

### **Referências**

BORGES, Celiane Camargo e JAPUR, Marisa. **Sobre o (não) adesão ao tratamento ampliando sentidos do auto cuidado.** Texto Contexto- enfermagem. V. 17 n.1 Florianópolis. Jan./mar. 2008.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** (Título VIII – Capítulo II – seção II). Seção II – Da saúde.

BRASIL. **Lei nº 8.080 e Lei nº 8142 de 19 de setembro de 1990.** Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Norma operacional básica do SUS – NOB/96.**

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 154**, de 24 de Janeiro de 2008.

BRASIL. Ministério da saúde, Secretária de atenção à saúde núcleo técnico da política nacional de humanização – SUS. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006.

CNM. **Saúde municipal – orientação para qualificação na gestão confederação nacional dos municípios – CNM 2008**, Brasília, coletânea gestão pública municipal gestão 2009 - 2012.

CONFED. **Código de ética dos profissionais de educação física** - Resolução CONFED n 056/2003. Capítulo II dos princípios e diretrizes.

CONFED. Conselho Federal de Educação Física. **Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na perspectiva da Educação Física**. CONFED, Rio de Janeiro, 2ªed. 2006.

CONFED. Conselho Federal de Educação Física. **Carta Brasileira de Educação Física**. Resolução CONFED, Rio de Janeiro, 2002.

CONFED. Conselho Federal de Educação Física. **Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional**. Resolução nº046/2002, Rio de Janeiro, 18 de fevereiro de 2002.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo Perspectiva. V.18, n.3. São Paulo. Jul./set. 2004.

FILHO, Cláudio Bertolli. **História da saúde pública no Brasil**. Brasil, Editora Ática, 2006.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Diretrizes e parâmetros norteadores das ações dos Núcleos de apoio à saúde da família – NASF**. Prefeitura de São Paulo saúde, coordenação da atenção básica estratégia saúde da família, 2009.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo e Teixeira, Sonia M. Fleury. **IM previdência social**. Petrópolis, Vozes, 1986.

RIBEIRÃO, Edilza Maria. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-americana de enfermagem**. V. 12. n.4. Ribeirão Preto. Jul./Ago. 2004.

SEOANE, Antônio Ferreira e FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações**. Saúde e Sociedade. Vol. 18. nº1. São Paulo Jan./mar.2004.

SOUSA, Maria Fátima. **O programa saúde da família no Brasil: análise do acesso à atenção básica**. Revista Brasileira de enfermagem. V.61 n. 2. Brasília. Mar/abril.2008.

STEPAN, Nancy. **Gênese e evolução da ciência brasileira**. Rio de Janeiro. Artenova, 1976.

SPÍNOLA, Aracy Witt de Pinho, coord. **Pesquisa social em saúde**. São Paulo, Cortez, 1992.

YIDA, Massako. **Cem anos de saúde pública**. São Paulo, Editora da Unesp, 1994.