

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**RÔMULO FONSECA DOS SANTOS**

**DIFERENÇAS CONCEITUAIS EM SAÚDE ENTRE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA**

**VOLTA REDONDA  
2018**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA**  
**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA**  
**CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA - BACHARELADO**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**DIFERENÇAS CONCEITUAIS EM SAÚDE ENTRE ATENÇÃO  
PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA**

Artigo apresentado ao Curso de Educação Física do UniFOA como requisito à obtenção do título de Bacharelado em Educação Física.

Aluno: Rômulo Fonseca Dos Santos

Orientador: Prof. Me. Érik Imil Viana Farani

**VOLTA REDONDA**  
**2018**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Aluno: Rômulo Fonseca Dos Santos

### **Diferenças Conceituais Em Saúde Entre Atenção Primária e Secundária**

Orientador: Prof. Me. Érik Imil Viana Farani

Banca Examinadora:

---

Orientador Prof. Me. Érik Imil Viana Farani

---

Prof. Me. Rosane Marques de Carvalho

---

Prof. Me. Daniel Alves Ferreira Junior

## RESUMO

O presente artigo tem como objetivo geral refletir sobre as ações do profissional de Educação Física (EF) com a interface na saúde e como objetivo específico apresentar e discutir os conceitos e características referentes aos níveis de atenção primária e secundária. Acredita-se que esta é uma apropriação ainda em construção para um número significativo de profissionais da área. Portanto, este trabalho buscou colaborar para uma melhor compreensão dos profissionais em questão no que se refere aos conhecimentos específicos destas duas ações. Para tal, empregaremos como suporte metodológico o tipo de estudo transversal, de cunho descritivo e abordagem qualitativa, nos quais serão desenvolvidos conceitos e ideias através da pesquisa bibliográfica com revisão de literatura de âmbito nacional. Utilizaremos ainda, como referencial teórico os seguintes autores: Brasil (1990; 1997 e 2004); Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003 e 2007); Czeresnia e Freitas (2003); Starfield (2003); Fraga e Wachs (2007); Martinez e Bachelandenski (2009); Erdmann, (2013), dentre outros que nos darão subsídios para uma reflexão, discussão e quem sabe uma construção para a busca de um trabalho mais significativo e efetivo no que se refere aos níveis de atenção primária e secundária, por parte dos profissionais de EF.

**Palavras chave:** Atenção primária. Atenção secundária. Educação Física.

## **Abstract**

This article has as general objective to reflect on the actions of the physical education professional with the interface in health and as a specific objective to present and discuss the concepts and characteristics relating to levels of primary and secondary care. It is believed that this is an ownership still under construction for a significant number of professionals in the area. Wherefore, this study sought to contribute to a better understanding of the professionals concerned in relation to specific knowledge of these two actions. To do this, employ as methodological support the type of cross-sectional study, descriptive and qualitative approach, in which will be developed concepts and ideas through bibliographic research with literature review of national scope. We still, as theoretical the following authors: Brasil (1990; 1997 e 2004); Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003 e 2007); Czeresnia e Freitas (2003); Starfield (2003); Fraga e Wachs (2007); Martinez e Bachelandenski (2009); Erdmann, (2013), among others, that will give us subsidies for a reflection, discussion and who knows a construction to the search for a job more meaningful and effective as regards levels of primary and secondary care, on the part of the professionals of Physical Education.

**Key words:** Primary attention. Secondary attention. Physical education.

## 1 - INTRODUÇÃO

Buscou-se com este trabalho apresentar e discutir os conceitos e características dos níveis de atenção em saúde dos níveis primário e secundário, aponta-se estes níveis de atenção como linhas de trabalho e atendimentos definidos e reconhecidos legalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e naturalmente sendo seguidos pelo Ministério da Saúde (MS), porém observa-se confusões conceituais que provavelmente trazem consigo dificuldades de entendimentos prejudicando assim as possíveis intervenções dos profissionais em questão.

Starfield (2003, p 28), aponta o nível primário como "aquele nível de um sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas". Já o nível secundário é entendido por Erdmann, Andrade, Melo e Drago (2013, p. 3), como aquele nível que "é formado pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar com densidade tecnológica intermediária entre atenção primária e a atenção terciária".

Portanto, aponta-se que a EF vem adquirindo importante espaço quando o assunto se refere ao combate as inúmeras doenças que vêm surgindo e assolando a população brasileira. Dentre as dificuldades para potencializar tal ação pode-se citar a falta de conhecimento da legislação existente que rege esta profissão. Desde já, enfatiza-se a resolução nº 218/1997 do Conselho Nacional de Saúde, a ausência de conhecimento das competências do profissional de EF indicadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em EF (2004), dentre outros que tratam do assunto em questão. Tais problemas nos remetem a discutir sobre a atuação deste profissional na interface com a saúde. Para tal apresenta-se e discute-se nesse artigo a busca das diferenças conceituais entre os níveis de atenção primária e secundária.

Observa-se então uma constante preocupação por parte de autores como Bagrichevsky, Palma e Estevão (2003), Czeresnia e Freitas (2003) e Bueno *in* Bagrichevsky org. (2007) em pesquisar e elucidar problemas de reconhecimento da EF atuando na saúde e de confusões conceituais ligados

aos diferentes níveis de atenção, dificultando assim a produção do conhecimento. Julga-se tal preocupação pertinente por entender que profissionais da área da saúde e em particular os profissionais de EF, necessitam compreender os significados e particularidades de tais níveis de atenção, para posteriormente buscarem realizar ações práticas condizentes com trabalhos significativos, podendo assim colaborar efetivamente com os atendimentos à população.

Então sendo o profissional de EF vinculado a grande área da saúde percebe-se que é de extrema necessidade a identificação das diferenças conceituais dos níveis das ações estudadas e que posteriormente reconheça cada uma de suas competências, entretanto deve-se ressaltar que não será nosso objeto de estudo e que não temos a pretensão de descrever as atuais e/ou apontar novas competências, mas deixa-se claro que após apresentação deste trabalho, acredita-se poder ter aguçado discentes e docentes da área para uma melhor compreensão de tais ações.

Segundo Starfield (2003, p. 83), "existem evidências que a Atenção Básica (AB) se bem estruturada, tem capacidade para responder a até 85% das necessidades em saúde de uma comunidade".

Demonstra-se assim a importância de se buscar o embate contra as doenças o mais rápido possível e o mais próximo possível de sua comunidade. Lembra-se, que em nosso país a designação AB, objetiva contrapor a proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada as populações mais carentes, e busca resgatar o caráter universalista da declaração de Alma-Ata que engloba todo o trabalho do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) (Pereira e Oliveira, 2013).

Busca-se aqui fortalecer as ideias das ações propostas à serem também realizadas pelos profissionais de EF, para tal, cita-se Stein (2009) *apud* OLIVEIRA *et al.* (2011), que em sua análise fala sobre a necessidade de se compreender os níveis de atenção, registra-se ainda que a EF está presente neste processo atuando nas atenções primárias, secundárias e também na terciária,

Segundo o CONFEF (2010), levando em consideração as exigências que são necessárias, para o desenvolvimento de programas de exercício e atividade física, o profissional de EF está apto para realizar as seguintes intervenções, como por exemplo: aferir e interpretar os resultados de respostas fisiológicas durante ou depois do exercício, aplicar escalas subjetivas do esforço, manusear ergômetro (esteiras, bicicletas) e equipamentos em programas de exercício físico, conhecer, aplicar e interpretar testes de laboratório e de campo utilizados em avaliação física, prescrever exercícios físicos baseados em testes de aptidão física, desempenho motor específico, avaliação postural, índices antropométricos e na percepção subjetiva do esforço, dentre outras intervenções.

Portanto, apresenta-se como objetivo geral refletir sobre ações do profissional de EF com a interface na saúde e como objetivo específico apresentar e discutir os conceitos e características referentes aos níveis de atenção primário e secundário. Para tal pesquisa empregou-se como suporte metodológico o tipo de estudo transversal, de cunho descritivo e abordagem qualitativa, nos quais serão discutidos conceitos e ideias através da pesquisa bibliográfica com revisão de literatura de âmbito nacional. Utilizou-se ainda como referencial teórico os seguintes autores: Brasil (1990; 1997 e 2004); Bagrichevsky,); Czeresnia e Freitas (2003); Starfield (2003); Fraga e Wachs (2007); Martinez e Bachelandenski (2009); Erdmann, (2013), dentre outros.

## 2 - UM BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ÁREA DA SAÚDE

Para compreender a afirmação da EF como área da saúde é necessário observar todo o seu contexto histórico ao longo dos anos.

Segundo Darido (2003), diversas mudanças ocorridas nas décadas passadas, influenciaram a EF e modificaram seu contexto histórico. Essas modificações deram-se pelas alterações sofridas nas propostas e objetivos da educação,

A EF escolar é considerada como uma prática pedagógica apesar da complicada tarefa de diferenciá-la do conteúdo não formal. A EF nasce de necessidades sociais concretas que, identificadas em diferentes momentos históricos dão origem a diversos entendimentos que dela conhecemos (Soares *et al.* (1992, p.50).

Esse capítulo sugere, por meio do histórico da EF visar sua conexão com a saúde e suas dificuldades de relações dos conhecimentos práticos pedagógicos com as associações dos espaços formal e não formal citados anteriormente.

Observa-se uma mudança na visão de exercícios físicos entre o final do século XVIII e o princípio do Século XIX. Esses passaram a ser enxergados como “receitas” e “remédios“. Acreditava-se que por meio da prática desses alcançar-se-ia o ideal de corpo determinado e desejado pela sociedade. Um corpo saudável, com plenas condições de agilidade e disciplina apesar da qualidade de vida e de trabalho muitas vezes precários. Ainda hoje países subdesenvolvidos como o Brasil tiveram poucas alterações nessas condições (SOARES *et al.*, 1992). O autor *op. cit.* cita ainda que:

O trabalho físico do séc. XIX mereceu atenção das autoridades estatais, e ligou-se ao tema dos cuidados físicos com o corpo - os quais incluíam a formação de hábitos como: tomar banho, escovar os dentes, lavar as mãos – que se faziam presentes, também, os exercícios físicos, vistos exclusivamente como fator higiênico (SOARES *et al.*, 1992, p. 51).

A EF higienista prevaleceu no Brasil sob a proposta de melhora na saúde da população até a década de 30, quando na verdade o interesse era

transformar o indivíduo através da atividade física em um corpo mais saudável e produtivo para o trabalho. Havia também a crença popular de pecado mortal levando-os ainda a maior degradação da saúde como destacado por Guiraldelli Junior (1992).

Contrários a essas ideias Junior e Lovisolo (2003), comentam que o período do higienismo foi além, estendeu-se até o fim do século XX ou até mesmo nos dias de hoje:

Talvez o movimento higienista tenha passado por apropriações e resignificações, mas não se esgotou nos anos de 1930 a 1940, particularmente no caso da realidade brasileira, porque as condições econômicas e sociais e os hábitos da população ainda incidem fortemente sobre sua saúde (JUNIOR e LOVISOLO, 2003, p. 42).

Surgiu no final da década de 40, após a II Guerra Mundial, a tendência conhecida como pedagogicista, a partir do ideal da Escola Nova. “Que defendia um caráter educacional mais efetivo, com ênfase na pedagogia” (Guiraldelli Jr., 1992).

Como citado por Darido (2003), Resultante de movimentos conduzidos por estudiosos de EF escolar no fim da década de 70, inúmeras concepções apareceram (Desenvolvimentista, Construtivista-Interacionista, Crítico-Superadora, Sistêmica, Psico-motricista, Crítico-Emancipatória, Cultural, as apoiadas nos Jogos Cooperativos, no modelo de Saúde Renovada e a relacionada aos Parâmetros Curriculares Nacionais),

Apesar do profissional de EF estar apto a desenvolver ações de atenção primária, secundária e terciária, Martinez e Bachelandenski (2009, p. 8) atenta que:

A Educação Física, bem como a maioria das profissões da área da saúde, defronta-se com modelos curriculares fragmentados, não inseridos nos serviços públicos de saúde, nos quais o enfoque pedagógico limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante, inserindo-o tardiamente no mundo do trabalho. A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais, raramente são reconhecidos pelas instituições formadoras na graduação, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação.

Presente na Legislação Brasileira desde 1997, apesar de inúmeras dificuldades, o profissional de EF é devidamente reconhecido como profissional de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde, está qualificado e legalmente habilitado a realizar serviços nos níveis de atenção primária, secundária e terciária, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social.

### **3 - EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS**

Entende-se a necessidade de fortalecer e localizar a EF quanto sua relação legal com a saúde, para isso destaca-se alguns documentos que julga-se ter extrema importância para o entendimento dessa relação, adianta-se que os documentos não serão dispostos em ordem cronológica, mas sim em importância para o melhor entendimento do trabalho.

A Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 que logo na sua disposição inicial apresenta-se em plena conformidade com as ações esperadas pela EF em trabalho com a saúde, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, ações estas descritas como competências gerais deste profissional, ressalta-se ainda que este documento é responsável por toda organização e funcionamento dos serviços de saúde em nosso país.

Considera-se esta lei de extrema importância para toda sociedade brasileira, nela está disposta os direitos à saúde do cidadão e os deveres a serem cumpridos pelos órgãos públicos e privados ligados a saúde do país. Esta lei aponta a atividade física como um determinante da saúde, e sabe-se que o profissional de EF é capacitado para ministrar tais atividades.

Como visto anteriormente, a Resolução CNS nº 218 de 6 de março de 1997, aponta o reconhecimento dos profissionais de EF como profissionais da saúde, apoiados pela 8<sup>o</sup> Conferência (1986) que concebeu a saúde como direito de todos e dever do estado e pela 10<sup>o</sup> Conferência (1996) destacando a importância das ações interdisciplinares no âmbito da saúde.

Tal resolução inclui definitivamente os profissionais de EF como profissionais da área da saúde e a partir da Conferência acima citada

enfatisasse a importância da existência de equipes multidisciplinares na discussão sobre saúde e na busca de soluções compartilhadas para a mesma, com trocas de informações entre as diversas áreas envolvidas.

Cita-se também a portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), apresentando o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, oportunizando a inserção do profissional em questão no Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por equipes compostas pelos trabalhadores de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família, estimulando assim a ideia da interdisciplinaridade.

Percebe-se então que com o surgimento do NASF, abre-se mais um campo de atuação para o profissional de EF, podendo este atuar tanto nas modalidades NASF 1 quanto NASF 2, como descrito pelo Ministério da Saúde (2013) no interior de tal documento, e apresentado da seguinte forma

...deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os das eSF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e eSF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. (BRASIL, 2013, p. 1).

Busca-se dar mais significado na relação estudada mencionando as competências gerais almeçadas para tal profissional descritas nas Diretrizes Curriculares Nacionais CNE/CES 0138/2002 p..4, deste Curso, onde destaca-se que "todo profissional de saúde com âmbito em EF deve estar apto a desenvolver as ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação tanto em nível individual quanto coletivo" (BRASIL, 2002, P.4).

Baseados em tal documento observa-se a afirmativa que profissionais de EF são aptos a trabalhar nos diferentes níveis de atenção à saúde, visto que as grades curriculares dos Cursos sugerem capacitação para tal função. Em relação a parte prática a ação deve ser de forma integrada e contínua com as outras profissões presentes no sistema de saúde, visando sempre a busca pela

qualidade de vida e bem-estar dos usuários, buscando também resolver diferentes problemas que envolvam a saúde da comunidade.

Embora pudéssemos citar outras leis que apoiam e fortalecem a EF enquanto área da saúde, acredita-se que as supra citadas são suficientemente esclarecedoras para darmos continuidade ao conhecimento dos níveis de atenção estudados.

#### **4 - DIFERENÇAS CONCEITUAIS ENTRE OS NÍVEIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO**

Discute-se neste capítulo os conceitos e características dos níveis de atenção primário e secundário, mas primeiramente apresenta-se seus aspectos organizacionais, desde já compreendem-se que cada nível de atenção corresponde a um determinado conjunto de serviços assistenciais.

Para facilitar o acesso da população aos serviços de saúde a OMS trabalha com a designação de 3 níveis de atenção à saúde, sendo elas primária, secundária e a terciária, sendo que está apresentação parte dos serviços de menor complexidade para o mais complexo, acredita-se assim estar garantindo o acerto do atendimento e evitando o afogamento devido a procura equivocada aos níveis mais avançados.

Em conformidade com tal ideia a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAM) também exhibe descrições legais para os padrões nacionais como níveis de atendimentos à saúde nas 3 categorias já mencionadas como primário, secundário e terciário, conforme resolução nº 03, de 25 de março de 1981, da Portaria interministerial nº 05 de 11 de janeiro de 1980.

É importante citar que na pirâmide de hierarquização dos níveis de complexidade de atenção apresentada por Brasil através da lei 8.080/90 nos artigos 7º e 8º, II, enfatiza-se que o modelo do sistema de saúde brasileiro baseia-se na hierarquização de ações e serviços de saúde por graus de complexidades. Significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complicações das ações e serviços prestados, aponta-se então a base

da pirâmide como sendo o nível primário e realizando o atendimento a 80% dos problemas de saúde da população, já o nível secundário com potencial para resolver 15% dos problemas e o ápice dessa pirâmide representado pelo terciário dando conta dos 5% restante. Lembrando que infelizmente estes números não correspondem a realidade, muitas das vezes por falta de conhecimento e outras até por questões éticas.

Ao apresentarmos tais fatos, fica evidente que temos um sistema de saúde fragmentado por níveis de atenção, mas não podemos deixar de pontuar que a intenção é a de melhorar os serviços assistenciais, entretanto sabe-se que desde 2010 existe a integração de informações entre os diferentes níveis de atenção, que surge através das diretrizes redes de atenção à saúde que de uma certa forma acaba por unir tais níveis de atenção.

Entretanto, surge a obrigação de refletir sobre os riscos da necessidade incessante por parte de pesquisadores na busca desenfreada de conceituações como se estas pudessem resolver e desvendar todos os problemas de tais fenômenos, em nosso caso "as atenções primárias e secundárias, como pode-se perceber na fala de Rocha Junior (2004, p. 6) os riscos pertinentes a esta praxe.

Um outro fator que pode ser identificado no seio da EF é algo que podemos dizer já ser uma tradição da área, que é o hábito de criar conceitos, classificar atividades. Isto decorre da tentativa de articular diferenças e criar aproximações, com o interesse de possibilitar um melhor entendimento pelos próprios profissionais e pela sociedade.

Todavia, esta diversidade de conceitos e classificações inventadas tem colaborado para criar, ou mesmo ampliar, as dificuldades de entendimento da EF, seja nas suas propostas de intervenção ou de investigação e estudo. Podemos observar e constatar um intenso debate tautológico, onde várias denominações, conceituações e classificações tem sido propostas para se analisar o mesmo fenômeno, (...)

O autor *op cit.* ainda aponta, possíveis confusões na busca de inúmeras definições, fazendo com que circulemos entre opiniões contrárias e diversas que se representam desde os cursos de graduação até as políticas públicas, temas estes inseridos em nosso trabalho, além de criar modelos-ideais fechados para um fenômeno social complexo que se manifesta dinamicamente nos espaços sociais.

Starfield (2003, p.28) conceitua atenção primária como:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as mais incomuns e raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Entende-se assim, atenção primária como um conjunto de ações que proporcionam conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar ou adotar as medidas de prevenção e controle de doenças e outros agravos.

A Organização Pan-Americana de saúde (2011) acrescenta que a atenção primária a saúde, é a porta de entrada do sistema, dando enfoque na função resolutiva dos serviços sobre os problemas mais comuns.

Assim compreende-se que o nível primário de atenção à saúde, é o nível de atendimento mais superficial entre os três, porém, não quer dizer que seja o menos importante, pois é a parti deste primeiro atendimento, que o indivíduo será direcionado para um especialista que trabalha no nível secundário, para assim ter um melhor diagnostico de sua enfermidade.

Já a atenção secundária na rede de saúde, segundo Erdmann, Andrade, Melo e Drago (2013, p..3)

É formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

A complexidade deste nível é maior que a do nível primário, mas ainda não como a do terciário. É aqui que aparecem os primeiros especialistas em áreas como cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, etc. O atendimento na atenção primária encaminha para um desses profissionais, da atenção secundária.

Portanto, espera-se dos profissionais de EF conhecimentos específicos e sólidos quanto ações voltadas para o nível primário de atenção à saúde, pois trata-se de um nível de atenção que apresenta maior proximidade com a população por atender enfermidades mais comuns. Assim busca-se atuar com conhecimentos e intervenções, pautados na atividade e exercícios físicos, podendo assim amenizar a potencialidade de algumas doenças que poderiam passar para o nível de complexidade acima caracterizando-se então como nível de atenção secundário. Na busca de uma resolução mais eficaz no que tange o combate as diferentes enfermidades, nota-se a importância do profissional de EF e sua interação com outros profissionais da área da saúde.

Sendo assim, acredita-se que a importância da apresentação, reflexão e compreensão sobre as conceituações perspectivando a busca das atribuições das ações referentes a atenção primária e secundária pela EF ainda são pouco debatidas, estudadas e por consequência precárias, no que tange o conhecimento específico, visto principalmente a escassez de material vinculado ao assunto. Portanto, percebe-se que a falta de informação está levando graduando e profissionais de EF ao desinteresse e por consequência afastamento dos serviços de saúde que deveriam estar sendo prestados a toda sociedade, colaborando assim para uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida.

## **5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o reconhecimento da EF como área da saúde, acredita-se que tais profissionais, devem se inteirar sobre conhecimentos inerentes a gestão da saúde pública em nosso país. Que como vimos são divididas e organizadas por meio de níveis de atenção, indo do primário ao terciário, para assim oferecer uma melhor assistência a população. Observa-se então que o modelo de gestão, foi desenvolvido para dividir os serviços que são oferecidos pelo SUS, por categorias já pré-determinadas pela OMS, que tem finalidade de manutenção, promoção e restauração da saúde do indivíduo e da comunidade como um todo

Entende-se que este estudo possivelmente possa vir a colaborar com as ações estratégicas dos profissionais de EF no combate as diferentes doenças que emergem em nossa sociedade, pois a partir dos conhecimentos e identificações referentes as diferenças existentes entre os níveis de atenção primaria e secundária estes profissionais poderão se municiar de conhecimentos mais específicos e significativos no que tange a busca da saúde, do bem estar, da melhoria da qualidade de vida e da busca de um estilo de vida mais saudável, podendo assim ajustá-los as suas competências tanto gerais quanto específicas. Lembra-se que estes profissionais são preparados para desenvolver ações referentes a prevenção, promoção, proteção e reabilitação tanto no plano individual quanto coletivo.

Por todo estudado, quando nos referimos a temática saúde observa-se que a EF ainda tem um longo caminho a ser construído, acredita-se que o primeiro passo deva ser focado no reconhecimento deste profissional como trabalhador da área da saúde. Mas para obtenção do sucesso na tarefa de reconhecimento e ajuda a população, graduandos e profissionais da área devem-se preparar cada vez mais na busca da aproximação de conhecimentos específicos que se associem as competências deste profissional em sua atuação na saúde.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana. **A Saúde em Debate na Educação Física**. Blumenau: Editus, 2003.

\_\_\_\_\_. **A Saúde em Debate na Educação Física**. Ilhéus: Editus, vol. 3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Resolução nº 03, de 25 de março de 1981, da Portaria interministerial nº 05 de 11 de janeiro de 1980**. Brasília (DF); 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde **8ª Conferência Nacional de Saúde**. *In*: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; MS, 1986.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **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, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde **10ª Conferência Nacional de Saúde**. *In*: Anais da 10ª Conferência Nacional de Saúde; Brasília; MS, 1996.

\_\_\_\_\_. Resolução nº 218. Aprovado em 06 de março de 1997. **Reconhece Profissionais de Saúde de Nível Superior**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília – DF. 1997.

\_\_\_\_\_. Parecer nº CNE/CES 0138/2002, aprovado em 03 de abril de 2002. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Educação Física**. Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, Brasília, DF. 2002.

\_\_\_\_\_. Parecer nº CNE/CES 0058/2004, aprovado em 18 de fevereiro de 2004. **Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Curso de Graduação em Educação Física**. Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, Brasília, DF. 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Ministério da Saúde, Brasília – DF. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Modalidades NASF**. Brasília (DF); 2013. Disponível em [http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf\\_modalidades](http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_modalidades). – Acessado em 01/08/2018 as 20:40.

CONFEEF. Silva, Francisco Martins da ( organizador); AZEVEDO Luciene Ferreira; OLIVEIRA Antonio César Cabral de; LIMA Jorge Roberto Perrou de; MIRANDA Marcelo Ferreira (autores). **Recomendações sobre condutas e procedimentos do Profissional de Educação Física**. Rio de Janeiro, 2010

CZERESNIA, Dina (org). **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DARIDO, Suraya Cristina. **Educação Física na Escola: questões e reflexões**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2003.

ERDMANN Alacoque Lorenzine; ANDRADE Selma Regina de; MELLO Ana Lúcia Schaefer Ferreira e DRAGO Livia Crespo. **A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf). Acesso em: 01/09/2018 as 16:39..

FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe (Orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

GUIRALDELLI JUNIOR., Paulo. **Educação Física Progressista**. São Paulo: Loyola, 1992.

JUNIOR, Edivaldo Góes; LOVISOLO, Hugo Rodolfo. **Descontinuidades e Continuidades do Movimento Higienista no Brasil do Século XX**. 2003. Artigo. – 14 f. Revista Brasileira de Ciências do Esporte. Campinas. 2003.

MARTINEZ, Jéssica Félix Nicácio e BACHELANDENSKI, Miguel S. **Educação Física e Saúde Coletiva: Possibilidades de inserção e formação no/para o SUS.** Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte. Salvador, 2009. Disponível em: <http://www.ceap.br/material/MAT23022012201306.pdf> Acessado em: 17/08/2018 as 20:30.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Atenção a saúde coordenada pela APS: Construindo as redes de atenção no Sus.** Brasília (DF); 2011.

PEREIRA, Maria Amélia de Campos e OLIVEIRA, Lara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia de Saúde da Família.** Rev Bras Enferm;66(esp):158-64. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acessado em 20/08/2018 as 22:40.

ROCHA JUNIOR, Coriolano da. **A Organização do Campo da Educação Física:** considerações sobre o debate. 2004. 10. f. Artigo. – Arquivos em movimento, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 69-78, 2005. Disponível em: [http://b200.nce.ufrj.br/~revista/artigos/v1n2/artigo07\\_v1n2.pdf](http://b200.nce.ufrj.br/~revista/artigos/v1n2/artigo07_v1n2.pdf) - Acessado em: 25/10/2011 às 11:30h.

SOARES, Carmen Lúcia *et al.* **Metodologia do Ensino de Educação Física.** São Paulo: Cortez, 1992.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária, equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** 726p. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2003.

STEIN, Christiane Keim. **Educação física e programa de saúde da família: mundos que se comunicam.** Anais: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCARE, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. PUCPR. Paraná, outubro, 2009. Disponível em: [http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/1921\\_1103.pdf](http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2009/1921_1103.pdf). Acessado em 01/09/2018 as 17:45.