



O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA SAÚDE: INSERÇÃO E INTERVENÇÃO

ARTIGO ORIGINAL

MACHADO, Ludmila Rodrigues ¹

MACHADO, Ludmila Rodrigues. **O profissional de educação física na saúde: inserção e intervenção**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 10, Vol. 04, pp. 137-146 Outubro de 2018. ISSN:2448-0959

RESUMO

O Presente trabalho pretende problematizar a visão atual que tem as atividades físicas nos diversos meios, para que os profissionais de Educação Física sejam inseridos como membros de equipes de saúde, pois o que está em voga é a diminuição dos índices de risco à saúde reduzindo a intervenção do Professor de Educação Física como mais um especialista, sem nenhuma conexão com os indivíduos que buscam uma assistência à saúde, não levando em consideração o contexto histórico e social, tampouco a questão dialógica que a cultura corporal tem com seus praticantes. Faremos um paralelo entre o entendimento dos órgãos oficiais de saúde do nosso país por meio de seus programas institucionalizados, a realidade de algumas intervenções profissionais encontradas na literatura e a ajuda da teoria crítica para transpormos esta realidade.

Palavras-chave: Atividades físicas, Intervenção, SUS, Teoria crítico superadora.

¹ Mestre em Sociologia Política. Pós-graduada em Ginástica Rítmica. Graduada em Educação Física. Professora de Ballet, Ginástica Rítmica, Preparação Física e Ginástica Localizada.



INTRODUÇÃO

Atualmente é cada vez maior a exposição do papel das atividades físicas na saúde tanto pela mídia quanto nos meios acadêmicos, todavia o que sustenta este diálogo é simplesmente a questão de diminuição dos índices de risco à saúde. Esta visão onde a atividade física, serve como mais um instrumento de terapêutica para determinadas doenças ou transtornos de saúde.

Com este trabalho queremos problematizar algumas questões fundamentais para o papel da Educação Física na saúde e refletir sobre para chegarmos a um paradigma que sustente a integralidade, autonomia e emancipação do sujeito nos espaços de saúde e na sociedade.

A EDUCAÇÃO FÍSICA E SUA RELAÇÃO HISTÓRICA COM A SAÚDE E A QUALIDADE DE VIDA

Para que possamos entender como a Educação Física (EF) surgiu, é preciso compreender o contexto histórico e a razão pela qual ela se instituiu.

Segundo Soares et al. (1992, p.50), "[...] podemos afirmar que ela surge de necessidades sociais concretas que, identificadas em diferentes momentos históricos, dão origem a diferentes entendimentos do que dela conhecemos". No entanto, para desenvolvermos um melhor entendimento, faz-se necessário que retornemos a raiz.

Na Grécia antiga, a Atividade Física (AF) conseguiu uma grande representatividade através da ginástica, que era praticada somente por homens livres. Na sua essência, essa atividade tinha como principal objetivo o culto ao corpo, que se relacionava ao pleno estado de contemplação e veneração na busca de uma aproximação, pelo menos física, dos deuses. Também visava a moral e a estética. (BARBOSA, 2001). Mais tarde, ela ganhou fins bélicos e passou a ser utilizada também no treinamento dos gladiadores. (PITANGA, 2002).



Logo após a revolução de 1789, que deu origem a uma grande mudança no sistema político e econômico, destituindo a nobreza e o clero do poder, inviabilizando assim, a relação servo-senhor feudal e afirmando a burguesia enquanto classe dominante surgiu outra relação de dominação, dessa vez burguesia-proletariado. Com a afirmação dessa sociedade capitalista em fins do século XVIII e início do século XIX, surge à necessidade de se constituir um novo homem, mais forte, ágil e resistente, capaz de responder a essa nova sociedade. (SOARES et al, 1992; BARBOSA, 2001).

Com esse papel, nasce na Europa no final do século XVIII e início do século XIX, em âmbito escolar, a EF. Ela surgiu através da sistematização de jogos, ginástica, dança e equitação em exercícios físicos, sendo que as primeiras formas estruturais partiram da ginástica e foram denominados métodos ginásticos. Autores como o sueco Ling, o francês Amoros e o alemão Spiess tiveram o mérito de aliar ao desenvolvimento da EF na escola um espaço de respeito e privilégio.

No desenvolvimento do conteúdo da EF escolar, o médico tinha papel destacado, orientando a função dessa disciplina na escola. As aulas eram ministradas por instrutores físicos do Exército, que aplicavam nestas instituições os rígidos métodos militares de disciplina e hierarquização, cujo projeto visava à construção do homem disciplinado, obediente, submisso e respeitador da ordem social. (SOARES et al, 1992).

No Brasil, a EF higienista predominou até 1930. Segundo Guiraldelli Jr. (1994, p.18), esta concepção acreditava ser capaz de "redimir o povo de 'seu pecado mortal, que é a ignorância', e que o leva as condições de degenerativas da saúde". Na verdade, o que existe na Educação Física higienista é uma pseudo preocupação com a saúde da população, já que a lógica é tornar o homem "saudável" através do exercício, para depois sugar toda a sua energia na produção.

Nas quatro primeiras décadas do século XX, foi marcante no Brasil a influência dos métodos ginásticos e da instituição militar, principalmente no período de 1930 a 1945. (BARBOSA, 2001). É importante ressaltar, que os profissionais que atuavam na EF



eram instrutores das instituições militares, pois nesta época não havia escolas de formação de professores dessa área do conhecimento, sendo a primeira criada em 1939. (BRASIL, 1939 apud SOARES et al, 1992). No final da década de 40, com o término da II Guerra Mundial e inspirada no ideal liberal da Escola Nova, surgiu a tendência definida por Guiraldelli Jr. (1994) como Pedagógica, que defendia um caráter educacional mais efetivo, com ênfase na pedagogia. A partir dos anos 70, influenciada pelo sucesso de algumas equipes nacionais no exterior, a EF volta-se quase que exclusivamente para o interesse esportivo, cujo pressuposto básico era formar equipes desportivas competitivas.

Dessa forma, o que podemos perceber nesse breve passeio histórico, é que a AF relacionada à saúde, com o interesse de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, não era um objeto de estudo privilegiado pela EF.

Na verdade este interesse só começou a acontecer a partir de 1945, quando ocorreu um aumento significativo de doenças como, úlceras pépticas, câncer de pulmão e doença arterial coronariana, ou seja, quando se iniciou a era das doenças crônico-degenerativas. Os estudos de caso-controle conseguiram demonstrar que a gênese destas doenças está ligada a uma rede multicausal, da qual faz parte o estilo de vida, o meio ambiente e os aspectos sociais, onde o sedentarismo aparece como um dos fatores determinantes de agravos à saúde. (PITANGA, 2002).

ORGANIZAÇÃO E FUNÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Segundo Franco e Merhy (2000, p.2), o PSF foi concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994 e se dispõe a trabalhar com o princípio da vigilância a saúde, apresentando uma característica de intervenção inter e multidisciplinar. Também se mostra como uma estratégia que busca tornar possível a integração e promover a organização de atividades em certa área de abrangência, visando oportunizar o enfrentamento e a consequente resolução dos problemas identificados.

As principais metas do PSF são:



- a) Prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população, na Unidade de Saúde da Família (USF) e no domicílio;
- b) Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- c) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- d) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- e) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- f) Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- g) Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;
- h) Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997).

O MS acredita que "por seus princípios, o PSF é, nos últimos anos, a mais importante mudança estrutural já realizada na Saúde Pública no Brasil". (BRASIL, 2000, p.317). O Ministério ainda alerta, que o modelo de atenção preconizado pelo PSF, já foi implantado em outros países como o Canadá, Reino Unido e Cuba, resolvendo mais de 85% dos agravos encontrados. Além disso, o programa possibilita uma forte interação entre o MS, estados, municípios e comunidades.

Entretanto, autores como Franco e Merhy (2000), acreditam que o PSF tem sua essência circunscrita, prioritariamente, ao campo da vigilância à saúde. Seu trabalho é centrado no território de acordo as concepções desenvolvidas pela Organização Pan-Americana de Saúde, ou seja, nos cuidados a serem oferecidos para ações no



ambiente, não dando o merecido valor ao conjunto de práticas clínicas individuais para os casos em que os processos mórbidos já se instalaram. Estes autores chamam atenção que, dessa forma, o PSF desarticula sua capacidade substitutiva (transformadora), reduzindo o trabalho vivo em ato, saúde, normas e regulamentos definidos conforme o ideal de vigilância à saúde. Assim, por não atuar também na direção da clínica, dando-lhe real valor com propostas ousadas a exemplo da "clínica ampliada", termina agindo na linha auxiliar do modelo médico hegemônico. É como se o PSF estivesse delimitando os terrenos de competência entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a corporação médica, com o PSF cuidando da saúde coletiva e a corporação médica da saúde individual.

As críticas dos autores supracitados indicam que o programa exagera onde está o problema do atual modelo tradicional de assistência, contudo não o decifra e acaba sendo abafado pelo modelo médico centrado, operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Com relação a implementação do modelo, as diretrizes a serem seguidas devem ser operacionalizadas de acordo com as características regionais, municipais e locais.

No entanto, toda USF deve trabalhar com uma área de sua responsabilidade. Pode ser composta por uma ou mais equipes, a depender do número de famílias a ela vinculada. O MS recomenda que uma equipe seja responsável por um território onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes. Cada equipe mínima deve ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 5 a 6 agentes comunitários de saúde. Outros profissionais, a exemplo do professor de EF, podem ser inseridos de acordo com as demandas e características locais.

A principal atribuição dos profissionais da ESF é facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participação em todos os encaminhamentos e fiscalização das políticas públicas de saúde, para que através da participação popular haja adequação das ações de saúde às necessidades da população. (BRASIL, 1997).



POSSÍVEIS CONTRIBUIÇÕES DO PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA O PSF - A INSERÇÃO PROFISSIONAL

Quando falamos em integralidade temos que reportar a um dos princípios básicos do SUS que foram pensados a partir da 8ª conferência nacional de saúde e estão presentes na constituição de 1998. Integralidade pressupõe que estejamos prontos para cuidarmos das pessoas em todas suas diversas manifestações e complexidades (Morin, 2007). Vemos que quando pensamos a ação da atividade física somente, por exemplo, reduzir os índices glicêmicos do sangue estamos indo na contramão da integralidade e contra uma Educação Física que poderia ter na sua ação todas as diversas manifestações de corpo e sociedade por meio da cultura corporal.

A “moda” atividade física e saúde é amplamente divulgada por meio da mídia escrita, falada, televisiva e internet, mas Carvalho (2006) nos chama a atenção para o pensar, o falar, o escrever e o agir sobre a doença, indicando a prática da atividade física como uma solução para os problemas relativos ao processo saúde-adoecimento como a mídia induz na população. Não podemos desconsiderar a doença e nem a contribuição que as medicinas têm nos proporcionado, mas temos que ficar atentos para o fato de que, a depender de como se considera o processo saúde-doença, desloca-se “o foco do sujeito doente para o fenômeno doença e se perde o sujeito, transformando a doença em estigma para o doente” e é neste ponto que a inserção do Professor de Educação Física pode ser de, maior valia, problematizando esta relação mídia - atividades físicas – doenças – sujeito histórico em busca de sua identidade de cidadão frente aos serviços de saúde e frente a sociedade durante seu processo de saúde – adoecimento – reconstituição da saúde.

Também ressaltamos na relação entre Educação física e saúde que se por um lado os benefícios orgânicos gerados por meio das atividades físicas são indiscutíveis por outro temos situações que tornam este argumento discutível, pois muitas vezes os gestores e profissionais da saúde adotam uma postura conservadora e uma dimensão moral de culpabilização dos usuários pelo seu adoecimento desconsiderando os processos históricos sociais e individuais de cada sujeito, erro este que não deve ser



reforçado com a presença de um profissional de Educação Física na equipe, o que não precisamos é de mais uma pessoa dizendo que se não fizer tais ou tais procedimentos irá “morrer”.

No caso descrito acima, despreza-se a possibilidade de reconhecer as (diferentes) atividades físicas como modos de ser/estar no mundo, com vínculos explícitos nas redes de interações sócio culturais, como produtoras de satisfação pessoal, de prazer sem obrigatoriedades de se obter o corpo ideal ou o índice ideal de saúde.

Sugerimos que quando pensarmos em atividade física como meio de intervenção e terapêutica na saúde lembremo-nos que o tema da Educação Física é o movimento corporal, mas não qualquer e todo movimento corporal, é o movimento que contenha no movimentar-se um significado, um sentido, conferido num contexto histórico, cultural e social contribuindo assim para a formação da emancipação do indivíduo, logo compreender somente o movimentar-se não justifica a Educação Física para a saúde, onde temos ainda o corpo/movimento objeto de profissões como a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional.

O Professor de Educação Física, uma vez inserido na equipe de saúde, será capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com as metas e estratégia de promoção e prevenção de uma dada localidade. Este poderá atuar avaliando o estado funcional e morfológico dos sujeitos acompanhados, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde; prescrevendo, orientando e acompanhando atividades físicas (o que parece muito mais uma especialidade médica), tanto para as pessoas ditas "saudáveis", objetivando a prevenção e a promoção da saúde, como para grupos portadores de doenças e agravos, utilizando-a como tratamento não farmacológico, e intervindo nos fatores de risco; socializando junto à comunidade a importância da atividade física com base em conhecimentos científicos e desmistificando as concepções equivocadas acerca de sua prática, olhando de modo geral isto representa ser o ideal para justificar mais este profissional nas equipes, porém, peca por ser muito centrado na biologia sem considerar o papel social da educação na saúde como meio de desenvolvimento de identidade de classe e de luta social.



Alguns autores já reconhecem o papel da Educação Física num patamar um pouco mais elevado que somente a parte biológica quando referem que juntamente com os órgãos públicos de saúde o Professor de Educação Física pode atuar diretamente nas comunidades, vivenciando as necessidades e realidades das mesmas, trabalhando nos locais disponíveis para a prática de atividade física, em prol de uma melhor qualidade de vida da população; parece uma visão insipiente e simplória da atuação social que pode ser realizada com o auxílio da nossa profissão, mas se partirmos que vivenciar a realidade e necessidades das comunidades é o início de um trabalho social para melhores condições de vida (Smarzaro, 2009), incluindo a busca de espaços adequados para práticas de atividades físicas, emprego e moradia à todos temos algo diferencial.

Seguindo uma linha mais ampla de inserção profissional na saúde vemos Alcântara (2004), diz que a atuação do Profissional de Educação Física deve fomentar e promover um estilo de vida saudável através da atividade física nas suas diferentes manifestações, constituindo-se em um meio efetivo para a construção coletiva da qualidade de vida, e não construção da “equipe de saúde”, visando também o exercício como terapia e como estímulo à adesão ao tratamento através da autoestima, consciência corporal, autonomia na vida e em seu processo terapêutico, bem como articular as redes sociais, incluindo o PSF e todos os atores no território, a fim de elaborar e programar projetos e atividades para a promoção de estilo de vida saudável por meio da conscientização popular.

Apesar de vermos em alguns autores a preocupação não somente biológica da inserção da Educação Física na saúde ainda sentimos falta de uma reflexão mais aprofundada sobre que saúde é essa e para quem serve? Podemos ver esta pergunta respondida no livro divisor de águas para a Educação Física, o Coletivo de Autores (1992) no seu primeiro capítulo onde discute sobre a aptidão física, no nosso caso entenda aptidão física como saúde:

Apoia-se nos fundamentos sociológicos, filosóficos, antropológicos, psicológicos e, enfaticamente, nos biológicos para educar o homem forte, ágil, apto, empreendedor,



que disputa uma situação social privilegiada na sociedade competitiva de livre concorrência: a capitalista (Cohn, 2008). Recorre à filosofia liberal para a formação do caráter do indivíduo, valorizando a obediência, o respeito às normas e à hierarquia. Apoiar-se na pedagogia tradicional influenciada pela tendência biologicista para adestrá-lo. Essas concepções e fundamentos informam um dado tratamento do conhecimento (Coletivo de Autores, 1992).

Vemos claramente com o extrato acima para quem serve o modelo saúde que está aí posto, temos a atividade física no contexto de prevenir doenças, de diminuir o tempo de afastamento do trabalho ou ainda de “construir pessoas saudáveis” para que a classe dominante possa cumprir seu objetivo histórico de acúmulo de riquezas contrapondo as necessidades de sobrevivência da classe dominada. Isto nos faz lembrar como o MS entende a participação das atividades físicas para a população:

Ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos (Brasil, 2008).

Vemos que a principal motivação do MS em inserir as atividades físicas para população resume-se na questão econômica, embora possa parecer um pouco melhor ao colocar a possibilidade de participação dos usuários na sua terapêutica, mas mais uma vez aqui vemos que a responsabilização é o fator mais predominante.

Em oposição ao escrito acima temos ainda a ajuda do livro citado para nos apoiarmos na verdadeira inserção do papel do Professor de Educação Física na saúde, junto a comunidade, em especial na atenção básica:

Na perspectiva da reflexão sobre a cultura corporal, a dinâmica curricular, no âmbito da Educação Física...Busca desenvolver uma reflexão pedagógica sobre o acervo de formas de representação do mundo que o homem tem produzido no decorrer da história, exteriorizadas pela expressão corporal: jogos, danças, lutas, exercícios



ginásticos, esporte, malabarismo, contorcionismo, mímica e outros, que podem ser identificados como formas de representação simbólica de realidades vividas pelo homem, historicamente criadas e culturalmente desenvolvidas (Coletivo de Autores, 1992).

Não é descaracterizada nenhuma manifestação da cultura corporal, muito menos reduzido a uma caminhada para diminuir índices pressóricos ou de glicemia sanguínea, o escrito há quase vinte anos atrás mostra que por meio das expressões corporais o homem vivencia suas realidades simbólicas e históricas, e isto consideramos saúde.

O Coletivo de Autores nos mostra uma concepção Crítico-Superadora da Educação Física, inicialmente voltado para as escolas, mas contém elementos muito interessantes de ser trabalhada nas comunidades, oportunidade hoje concretizada pela nossa inserção na atenção básica. Citando alguns aspectos de relevância da concepção Crítico-Superadora ela é diagnóstica porque pretende ler os dados da realidade, interpreta-los e emitir um juízo de valor, se colocamos no caminho da saúde por si só teremos uma saída do paradigma da doença, pois ao interpretar e emitir um juízo de dada realidade será impossível reduzirmos o adoecimento a um único índice. Este juízo é dependente da perspectiva de quem julga solicitando uma visão ampliada de mundo e sociedade para termos uma correta leitura da realidade. É judicativa porque julga os elementos da sociedade a partir de uma ética que representa os interesses de uma determinada classe social. Esta concepção é também considerada teleológica, pois busca uma direção, dependendo da perspectiva de classe de quem reflete.

As elucidações sobre a atividade física e o papel do educador físico junto com as comunidades nos remetem diretamente ao programa de saúde da família (PSF/ESF), pois o PSF tem como princípio, ao menos no papel, a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, que significa,



em outras palavras, uma mudança no paradigma vigente centrado na “cura” de doenças para o cuidado centrado na família a partir de sua realidade com foco na promoção e prevenção, ampliando assim a compreensão do processo saúde/doença (Brasil, 2007), o que infelizmente não vemos na prática, pois o que estamos vivenciando é a precarização deste programa e sua conseqüente terceirização, um programa pobre para pobres e muito menos que é a concepção ideal de “assistência”, por mais que tente se afastar da doença ainda falta uma aproximação com questões históricas e sociais influentes no processo de emancipação e aquisição da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que a Estratégia de Saúde da Família tem, dentre suas diretrizes, a interdisciplinaridade e multidisciplinaridade (Japiassu, 1994) visando a promoção, proteção e recuperação da saúde, constata-se que o professor de Educação Física (EF) atende ao perfil para composição desta equipe.

Uma vez inserido na Equipe de Saúde da Família (ESF), o professor de EF será capaz de desenvolver ações que sejam compatíveis com as metas desta estratégia. Poderá atuar avaliando o estado funcional e morfológico dos sujeitos acompanhados, estratificando e diagnosticando fatores de risco à saúde; prescrevendo, orientando e acompanhando atividades físicas, tanto para as pessoas ditas "saudáveis", objetivando a prevenção e a promoção da saúde, como para grupos portadores de doenças e agravos, utilizando-a como tratamento não farmacológico, e intervindo nos fatores de risco; socializando junto à comunidade a importância da atividade física com base em conhecimentos científicos e desmistificando as concepções equivocadas acerca de sua prática.

Para finalizarmos nossa conversa quero pôr em destaque minha opinião de que, se voltarmos a ação do professor de Educação Física visualizando apenas questões de “doenças”, prevenção e promoção de agravos à saúde estaremos indo na contramão da ação educativa e social que pode representar nossa intervenção neste espaço. Enquanto a lógica da inserção estiver baseada na questão econômica estaremos



fadados a sermos mais um ramo de especialistas nas equipes de saúde, esse não é nosso objetivo, e sim sermos apoiadores na construção de uma sociedade saudável nas suas mais diversas manifestações.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, F. C. Estudo Bibliográfico Sobre o Processo Histórico de Atuação do Educador Físico e da sua Inserção na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE. 2004. 65f. Monografia (Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família) Universidade Estadual Vale do Acaraú. Disponível em:

<http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografias/alrieta.pdf>.

BAGRICHEVSKY, M. & Estevão, A. Perspectivas para a Formação do Profissional de Educação Física: O SUS como Horizonte de Atuação. Arquivos em Movimento, Rio de Janeiro, v.4, n.1, janeiro/junho, 2008.

BARBOSA, Cláudio L. de Alvarenga. Educação Física Escolar: as representações sociais. Rio de Janeiro: Shape, 2001.

BRACHT, V. Educação Física: A busca da Autonomia Pedagógica. Revista de Educação Física, V.1, Nº.1, Maringá, 1989.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ações de Atividade Física/Práticas Corporais dos Profissionais de Educação Física. Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família. Revista Saúde Pública, São Paulo, v. 1, n. 34, p. 316-9, 2000.

_____. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.



BRASIL. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, 2007. Disponível em internet. <http://www.saude.gov.br>.

_____. Secretaria Executiva, Secretaria de Estado de Saúde e Secretaria de Saúde. Metas de Desenvolvimento do Milênio. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

COHN, Amélia. Confiança e medo na cidade. Zahar, 2008.

COHN, Amélia. A saúde como direito e com serviço. 6ª ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

COLETIVO DE AUTORES: A Cultura Corporal Em Questão. RBCE, Revista Brasileira de Ciências do Esporte. Em <http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/676/662>.

DATASUS. Caderno de informações de saúde: Informações gerais. Ministério da Saúde: Secretaria Executiva, 2003. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cadernosmap.htm> Acesso em: 20 abr. 2005.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. PSF: contradições e novos desafios. São Paulo: Conferencia Nacional de Saúde On-Line, 2000. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em: 23 dez. 2000.

GUIRALDELLI Jr., Paulo. Educação Física Progressista. São Paulo: Loyola, 1994.

JAPIASSU, Hilton. Introdução às Ciências Humanas. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1994.

MORIN, Edgar. Introdução ao Pensamento Complexo. Porto Alegre; Sulina, 2007.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. Revista Brasileira Ciência e Movimento, Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002.



MULTIDISCIPLINARY SCIENTIFIC JOURNAL

**NÚCLEO DO
CONHECIMENTO**

REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR NÚCLEO DO
CONHECIMENTO ISSN: 2448-0959

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br>

SMARZARO, Maria da Penha. A Questão Regional e a Dinâmica Econômica do Espírito Santo - 1950/1990. Revista de História e Estudos Culturais. Outubro/Novembro/Dezembro de 2009. VI. 6. Ano VI. Nº 4. Em www.revistafenix.pto.br (2004)

SOARES, Carmem Lúcia et al. Metodologia do Ensino da Educação Física. São Paulo: Cortez, 1992. - (Coleção magistério. 2º grau. Série formação do professor)

Enviado: Junho, 2018

Aprovado: Outubro, 2018

RC: 21679

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao-fisica/educacao-fisica-na-saude>