

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM SUZANO/SP E O PAPEL DO EDUCADOR FÍSICO NO CONTEXTO SAÚDE/DOENÇA

FAMILY HEALTH SUPPORTING CARE SERVICE IN SUZANO/SP AND THE ROLE OF THE PHYSICAL EDUCATOR IN THE HEALTH/DISEASE CONTEXT

Leandro Gomes Crippa¹; Marcelo Francisco Vieira Ramos²; Tatiana ribeiro de Campo Melo³

RESUMO

A saúde é o “bem” mais precioso que a pessoa humana pode ter, um conjunto de condições inerentes a um amplo estado de bem-estar físico, mental e social, algo imensurável e inestimável em nossa vida. É primordial na qualidade de vida, juntamente com o trabalho e o meio ambiente, inseridos em um processo para a democratização e resgate da dignidade humana como condição imprescindível à consolidação da democracia na sociedade brasileira. O reestabelecimento e a manutenção da saúde dependem de aspectos multifatoriais como regionalização, costumes culturais, hábitos alimentares, sedentarismo, classes sociais, entre outros. Nessa premissa, esta reflexão objetiva analisar o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) no município de Suzano/SP, verificando se há necessidade do Educador Físico no contexto saúde-doença. A metodologia utilizada é uma análise prescritiva com abordagem racionalista, fundamentada nos conceitos da Epidemiologia, e de Políticas Públicas de Saúde, envolvendo contextos de prevenção e tratamento de doenças nas esferas governamentais.

Palavras Chave: Políticas públicas de saúde. Núcleo de apoio à saúde da família. Educador físico.

ABSTRACT

Health is the most precise "good" that the human person can have, a set of conditions inherent in a broad state of physical, mental and social well-being, something immeasurable and invaluable in our lives. It is essential in the quality of life, together with work and the environment, inserted in a process for the democratization and recovery of human dignity as a condition essential to the consolidation of democracy in Brazilian society. The reestablishment and maintenance of health depend on multifactorial aspects such as regionalization, cultural customs, eating habits, sedentarism, social classes, among others. In this premise, this reflection aims to analyze the NASF (Family Health Support Center) in the city of Suzano/SP, verifying if there is a need for the Physical Educator in the health-disease context. The methodology used is a prescriptive analysis with a rationalist approach, based on the concepts of Epidemiology and Public Health Policies, involving contexts of prevention and treatment of diseases in governmental spheres.

Keywords: Public health policies. Family health supporting care service. Physical educator.

1 INTRODUÇÃO

Conhecida como a cidade das flores, Suzano esta localizada na região metropolitana de São Paulo e esta a 34 Km da capital São Paulo. São cidades limítrofes do município de

¹ Educação Física pela Universidade de Mogi das Cruzes, Especialização em Treinamento Desportivo pelas Faculdades Metropolitanas Unidas e Mestrando em Políticas Públicas pela Universidade de Mogi das Cruzes. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/048302926380031>. Email: leandro.crippa@ig.com.br.

² Graduado em Enfermagem pela UNICID - Universidade Cidade de São Paulo (2007), Especialização Lato Sensu em Urgência e Emergência pela FMU - Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (2010) e Especialização em Administração hospitalar e Unidades Básicas de Saúde pela Faculdade Santa Marcelina (2011). Mestrando em Enfermagem pela UNG - Universidade Guarulhos. Atualmente é Coordenador de Pronto Socorro da Hospital Leforte. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9191295335075876>

³ Graduada em Odontologia pela Universidade de Mogi das Cruzes, Mestre em Deontologia e Odontologia Legal – USP, Doutora em Saúde Pública – USP. Docente permanente no Mestrado em Políticas Públicas pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC e coordenadora do curso de odontologia pela mesma universidade. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3863694439137431>. Email: tatianar@umc.br.

Suzano: Mogi das Cruzes, Poá, Itaquaquecetuba, Santo André, Rio Grande da Serra, Ribeirão Pires e Ferraz de Vasconcelos.

A emancipação de Suzano foi sancionada pela lei 233, de 24 de dezembro de 1948, desmembrado de Mogi das Cruzes, e desde então destaca-se na Região Metropolitana de São Paulo por ser um polo industrial, especialmente do setor químico. Quando se tornou município, Suzano já abrigava 563 indústrias e 5.274 empresas; juntando a isso o fato de ter um setor comercial diversificado, com centros comerciais nos distritos de Boa Vista e Palmeiras, além do Centro que possui um shopping inclusive, o município estava, em 2009, entre os vinte que mais arrecadam Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), no estado de São Paulo (PMS, 2018).

A população do município é de 282.441 habitantes, possui uma área territorial de 206,236 km², com uma densidade demográfica de 1,369.48/km² (IBGE 2014) e taxa de crescimento anual da população de 0,75% no período de 2015-2016 (IBGE 2016).

O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal de Suzano para o ano de 2010 foi 0,765. É importante ressaltar que o IDH municipal varia de 0 a 1 e são analisados os indicadores de longevidade (saúde), renda e educação. Desse modo, quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento (BRASIL, 2013).

A Taxa de mortalidade infantil é de 12,3 óbitos por mil nascidos vivos, o que representa o 270º município no Estado de São Paulo e o 2667º no Brasil (BRASIL, 2014).

O município de Suzano com quase 300 mil habitantes, em constante desenvolvimento urbano e rural, e com o aumento da expectativa de vida nacional, assim como o notório crescimento populacional da cidade, os avanços tecnológicos presentes no cotidiano, enfrenta como outras cidades região do Alto Tietê e Grande São Paulo, transformações em diversas áreas de maneira rápida e irreversível, proporcionando problemas contemporâneos como as doenças hipocinéticas e suas consequências para a saúde pública. O município compõe a região do Alto Tietê, uma região com 10 municípios e população de 1,5 milhão de habitantes, foi considerada o cinturão verde do Estado por décadas e também caracterizada pela industrialização, inclusive com multinacionais com relevância nacional e internacional.

As principais indústrias do município são: Suzano Papel e Celulose, Mitutoyo, NSK, Nadir Figueiredo, Clariant (antiga Hoescht), Orsa, Nalco do Brasil, Tsuzuki, CBD Mecânica Industrial, Komatsu, Kimberly-Clark Brasil, e Formica. Devido a sua forte produção industrial, a arrecadação de ICMS no município é a maior da região e 20ª do Estado de São Paulo, superando, inclusive, a de Mogi das Cruzes. Atualmente há 327 indústrias em Suzano que geram quase 10 mil empregos diretos e 3.327

indiretos. Suzano foi sede da Cerâmica Gytoku, que chegou a ser uma das principais fabricantes de pisos e revestimentos do Brasil (PMS, 2018).

Com relação ao sistema de saúde verifica-se que são 82336 atendimentos médicos por mês no município (PMS, 2018).

Em 2008 o Ministério da Saúde criou o NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações. Atualmente regulamentados pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF), as equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde, prestando serviços para todas as fixas etárias (BRASIL, 2008).

Esta atuação integrada permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde. A composição de cada um dos NASF será definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas (BRASIL, 2018).

Atualmente, são 5.067 equipes do NASF credenciadas no País, das quais 4.230 estão implantadas em 3.329 municípios brasileiros (fig. 1) (ME; BRASIL, 2015).

Das equipes implantadas, 2.419 são modalidade de NASF 1, 842 são modalidade de NASF 2 e 969 são modalidade de NASF 3 (competência agosto/2015). Mais de 23 mil profissionais compõem essas equipes. As cinco categorias profissionais que mais aparecem na composição delas são fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos (ME; BRASIL, 2015).

Neste artigo, no entanto, não serão esgotadas todas as especificidades dos NASF propostas pelo Ministério da Saúde, e a implementação pela Secretaria de Saúde do município, propõe-se um recorte sobre a gestão nesses estabelecimentos de saúde.

Analisamos uma política pública regulatória universalista, na área de saúde pública, utilizando a abordagem racionalista, com fundamentação bibliográfica e empírica no contexto político, econômico, jurídico-legal e sociocultural.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Vivemos em um mundo moderno, proveniente de evoluções humanas e tecnológicas decorrentes principalmente do processo de globalização, e também do capitalismo, presentes em quase todo o planeta, os processos de urbanização e regionalização estão a cada dia mais latentes em nossas vidas, e a maioria da população mundial conduzida por aspectos multifatoriais de estilos de vida extremamente nocivos à saúde, principalmente maus hábitos alimentares como dislipidemias (dietas ricas em gordura) e o sedentarismo atualmente presentes em áreas rurais também.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. As políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes (LUCCHESI et al., 2004).

No Brasil, com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, o direito à saúde passa a ser assegurado em seu Capítulo II, que trata da Saúde, Seção II, art. 196, que prescreve:

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).

Vale ressaltar que quando a Constituição afirma a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, está professando um valor público que, para ganhar materialidade, precisa se traduzir em políticas. Estas, uma vez concebidas, são operacionalizadas através de ações que concretizam a gestão.

No início de 2003, ocorreu um debate no Ministério da Saúde defendendo a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde.

Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresentava como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. Com estas direções definimos os

seguintes princípios norteadores (BRASIL, 2004): 1) valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.); 2) fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; 3) apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; 4) construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; 5) corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e de atenção; 6) fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; 7) compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Nesse contexto a sociedade encontra-se inserida em um processo de saúde-doença, do qual o Estado tem o dever de intervir, observando a multiplicidade fatorial:

A estruturação de fatores determinantes da doença não constitui mero resultado de justaposição ou somatória de efeitos. A associação de fatores pode ser sinérgica, isto é, fatores articulados podem aumentar o risco de doença mais do que faria a simples soma de seus efeitos isolados. O estado final desencadeador de doença resulta, portanto, da interação de uma multiplicidade de determinantes econômicos, políticos, culturais, psicológicos, genéticos, biológicos, físicos e químicos (ALMEIDA; ROUQUAYROL, 2006, p. 47).

Por meio das diversas mídias verificam-se as demandas públicas em suas esferas governamentais: municipal, estadual e federal, os anseios e necessidades da população e as políticas públicas voltadas para saúde e bem-estar social.

Dentre os principais problemas de saúde, destacamos neste artigo algumas doenças hipocinéticas (cardiovasculares, a hipertensão arterial, a obesidade e o sedentarismo).

2.1 Políticas públicas de saúde em Suzano: breve panorama

O município conta com 10 equipes de Saúde da Família, 1 (um) NASF 1 com 8 equipes (com 6 profissionais que trabalham nessas equipes), que abrange três estabelecimentos de saúde: no Jardim Nakamura, Jardim Europa e Jardim São José, e atende em média 300 (trezentas) pessoas por mês, porém nas equipes não há profissionais de Educação Física (PMS, 2018).

As pessoas atendidas pelo Núcleo em Suzano são de comunidades carentes, pertencentes aos bairros supracitados e de todas as faixas etárias. Grande parte deste público

apresenta alguma doença ou faz parte de grupo de risco. Com intuito de aumentar as medidas preventivas na atenção primária à saúde, a secretaria de Saúde do município pretende expandir o atendimento à população nos próximos meses.

Muitas patologias afetam a saúde e necessitam de atenção precoce das autoridades de saúde pública, um exemplo é a hipertensão arterial e segundo o Ministério da Saúde (2014) hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, que pode levar a complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável dos 54% das mortes por acidente vascular cerebral, 47% das mortes por doença isquêmica do coração. A prevalência na população hipertensa urbana adulta brasileira varia de 22% a 44%, chegando a mais de 50% para indivíduos de 60 a 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2014).

A hipertensão arterial configura-se, atualmente, como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com consequências significativas para a saúde pública (GUTIÉRREZ, 2015).

As doenças cardiovasculares são doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos. A predisposição a essas doenças ocorre devido a efeitos metabólicos adversos nos níveis pressóricos, lipídicos e a resistência à insulina. É uma das maiores causas de morte e promovem altos custos para a saúde pública.

O sedentarismo e maus hábitos alimentares resultam num aumento de internações, invalidez e óbitos e num aumento da demanda e gastos para o sistema de saúde e previdenciário (DÂMASO, 2001).

Desta maneira percebemos que há necessidade de intervenção do poder público principalmente em questões de atenção primária à saúde, evitando perdas humanas de vidas e a redução de gastos públicos com Saúde.

Segundo Carlucci 2014, a obesidade é uma doença crônica que deve ser tratada como prevenção de doenças cardiovasculares, por estar associada aos fatores de risco modificáveis e ser um fator independente ao desenvolvimento de doenças. Já o sedentarismo encontra-se associado a doenças e condições metabólicas adversas, entre eles, obesidade, hipertensão, intolerância a glicose, alteração do perfil lipídico e até alguns tipos de câncer. Assim ao apontar essas modificações, é possível reconhecer o risco cardiovascular atribuído às disfunções ocasionadas pela obesidade e o sedentarismo.

A mesma enfatiza que a obesidade e o sedentarismo são considerados os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois apresentam as maiores prevalências na população e estão associados a diversas doenças. Assim fica evidente

a importância de programas de intervenção alimentar e de exercícios físicos, a fim de amenizar e contornar os malefícios provocados por estilos de vida pouco saudáveis. Isto se torna ainda mais preocupante, quando observadas em indivíduos jovens e adultos, uma vez que ainda na juventude é que o indivíduo adquire vários hábitos de vida que tendem a permanecer durante toda a vida (CARLUCCI, 2014).

Segundo estimativas, em 2025 o país terá mais de 30 milhões de idosos e aproximadamente 85% apresentarão pelo menos uma doença (IBGE, 2006).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que em 2005 ocorreram 17 milhões de óbitos por doenças cardiovasculares, o que representa 30% de todas as mortes anuais, para 2020 as estimativas aumentam para 20 milhões de óbitos.

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, e os dados da OMS referentes aos óbitos por doenças cardiovasculares, percebe-se que a tendência é aumentar os números de óbitos, bem como os gastos públicos com internações, medicamentos e tratamentos.

Diante deste contexto, este relatório de análise tem por objetivo propor soluções para a prevenção e tratamento das principais doenças hipocinéticas, utilizando atividades físicas, em um recorte no programa do Governo Federal para Estratégia de Saúde da Família, especificamente no NASF, no município delimitado.

3 PROPOSTA DE POLÍTICA PÚBLICA: O EDUCADOR FÍSICO NA PREVENÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

A prevenção e o tratamento adequado das principais doenças hipocinéticas, com intervenção multidisciplinar, com desenvolvimento de atividades físicas pelas equipes que compõem o NASF no município de Suzano.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Segundo a OMS a saúde passou, então, a ser mais um valor da comunidade que do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

Com base em estudos científicos, dados epidemiológicos, pesquisas de órgãos públicos, conhecimentos empíricos e matérias jornalísticas vislumbramos 4 soluções para o problema de saúde pública.

Tendo em vista que para a prevenção e/ou tratamento das principais doenças hipocinéticas, recomenda-se programas de intervenção alimentar e de exercícios físicos regulares (CARLUCCI, 2014). E a regulamentação da profissão de Educação Física em nosso país, preconizada na lei 9696 de 1º de setembro de 1998:

Art.3º Compete ao Profissional de Educação Física coordenar, planejar, programar, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto. (BRASIL, 1998)

Visando a saúde e a qualidade de vida, e com base em dados de estudos científicos, evidenciados em diversas referências bibliográficas, percebe-se a necessidade de políticas públicas voltadas para o combate ao sedentarismo, com políticas voltadas para a prescrição de exercícios físicos supervisionados por profissionais de Educação Física conforme preconiza a Lei 9696/98. Conforme a legislação vigente, indicamos a contratação de profissionais de Educação Física devidamente registrados no CREF (Conselho Regional de Educação Física), para compor as equipes do NASF deste município, utilizando o repasse financeiro mensal destinado a este programa para os devidos pagamentos.

Visando orientar a escolha da tomada de decisão, foi criado um quadro com três indicadores, os quais podem ser usados como ferramenta na análise. São eles: Custo, Implantação e Viabilidade Política. Para as quatro alternativas propostas não haverá custos, nesta seara a intervenção por parte dos atores políticos no problema apresentado, não vai onerar o orçamento do município.

3.1 Simplicidade de implementação para contratação de profissionais de Educação Física para o NASF

Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Uma política é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém: as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública. (SECCHI, 2013)

Implementar a contratação de profissionais de Educação Física exclusivamente para trabalhar nas equipes do NASF por um período determinado, com a divulgação pública e o devido processo seletivo, assegurando e cumprindo o que é previsto no programa do Governo Federal, como política pública da Estratégia Saúde da Família, que é o NASF, sendo a implementação mais adequada por atender o que já é previsto neste programa, não gerar custos ao município e atender a legislação em vigor.

Essa implementação visa uma adequação para atender a população nos bairros abrangidos pelo NASF, porém depende do interesse dos proprietários das academias de bairro, do convênio entre município e academias, do envolvimento dos profissionais de Educação Física dos estabelecimentos em conhecer e demonstrar interesse em trabalhar com este público. Outro fator contrário a essa implementação é que não haverá a integração com os outros integrantes de outras ocupações que fazem parte do trabalho multidisciplinar do NASF.

Essa implementação envolve vários atores públicos em especial três secretarias municipais: Saúde, Educação e Esporte. Fica inviável o remanejamento para o NASF, se o profissional de Educação Física for concursado, isso por força do edital do concurso, restando somente a possibilidade de profissionais contratados, necessitando de justificativa devidamente fundamentada.

Uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante. (SECCHI, 2013)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após breve estudo junto ao setor de habitação da Prefeitura, sugerimos um convênio pelo período de 6 meses entre as academias dos bairros em que as equipes do NASF atuam, com política de abatimento de 1% no valor do IPTU devido por inadimplência, por aluno até o limite máximo de 30 alunos por academia.

Há a necessidade de conhecimento com relação a filosofia de trabalho do NASF, por parte dos profissionais que não estão inseridos na Estratégia da Família.

Verificamos que a política pública mais adequada para o enfrentamento do problema público diagnosticado neste artigo é a contratação de profissionais de Educação Física especificamente para integrar as equipes do NASF do município.

Essa implementação requer transparência na contratação, necessitando de processo seletivo público através de edital específico emanado pelo poder público municipal, obedecendo por força da lei 9696/98 a contratação somente de profissionais bacharéis em Educação Física e devidamente registrados no CREF4 (Conselho Regional de Educação Física da quarta região SP).

Haverá a necessidade que os profissionais selecionados sejam submetidos a uma capacitação para atender os requisitos de trabalho multidisciplinar que contemplam o NASF em todas as suas atuações, bem como para todas as faixas etárias atendidas pelo programa.

Com a adoção da política pública escolhida, o problema público será mitigado durante o período que perdurar o contrato, cabendo ao gestor municipal proporcionar a renovação, adotando as medidas pertinentes antes do término da vigência do contrato.

Politicamente essa implementação proporcionará fortalecimento ao governo e aumento da confiança pelos munícipes, no aspecto da legalidade, cumpre o direito à Saúde previsto na Carta Magna, bem como completa um Programa Federal existente. No contexto social promove o princípio de equidade e humanização, influenciando positivamente à saúde e qualidade de vida das comunidades que o NASF atende no município, e com uma relevância extrema para a vida, que é evitar óbitos decorrentes das doenças elencadas neste artigo.

A implementação dessa política não acarretará custos para o município, isto porque os vencimentos dos profissionais contratados serão provenientes de verba Federal específica, repassada mensalmente para a manutenção do NASF.

Após consulta junto ao setor de Assuntos Administrativos da Prefeitura, a projeção para implementação dessa política será de 2 a 3 meses para a contratação dos profissionais e a efetiva prestação de serviço público.

A recomendação da solução para o problema público não esgota o problema, há a necessidade de acompanhamento constante dos demais profissionais que compõem o NASF, principalmente médico, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

Estudos científicos, avanços tecnológicos e farmacológicos, análises epidemiológicas e reavaliação periódica das políticas públicas em saúde e em outras áreas são fundamentais no enfrentamento do problema público estudado neste artigo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.; ROUQUAYROL, M. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BENEVIDES; PASSOS. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde-** RJ, Ciência & Saúde Coletiva, Vol. 10 No. 3, pp.561-571 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em fevereiro de 2018

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, 1988. Disponível em www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em fevereiro de 2018.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativa populacional para 2013. Brasília: IBGE, 2011. Disponível em <https://www.ibge.gov.br> Acesso em fevereiro de 2018

_____. **Instituto de Pesquisa Aplicada**. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil. Brasília: IPEA, 2013. Disponível em <http://www.ipea.gov.br/portal> Acesso em fevereiro de 2018

_____. Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf > Acesso em março de 2018

_____. **Lei Federal nº 9696/98**. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física, 1998. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19696.htm. Acesso em: 09 fev. 2018.

CARLUCCI, E, Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Dissertação**. Programa de Mestrado em Promoção da Saúde (PPGPS) do Centro Universitário Cesumar UNICESUMAR, Maringá-PR, Brasil, 2014 Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/ccs/obesidade_sedentarismo_fatores_risco_cardiovascular.pdf Acesso em fevereiro de 2018

DÂMASO, ANA. **Nutrição e Exercício na Prevenção de Doenças**. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

LUCCHESI, Patrícia T.R; AGUIAR, Dayse Santos; WARGAS, Tatiana; LIMA, Luciana Dias de; MAGALHÃES, Rosana; MONERAT, Giselle Lavinias. **Políticas públicas em Saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. Disponível em files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf Acesso em janeiro de 2018

OMS. **Organização mundial da saúde**. Disponível em: <http://www.who.int/about/es>, Acesso em: 22 de fevereiro de 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SUZANO. Disponível em: <http://www.suzano.sp.gov.br/web/saude/missao/>. Acesso em: 26 jan. 2019

SECCHI, LEONARDO. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage, 2017.

SECCHI, LEONARDO. **Análises de Políticas Públicas: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções**. São Paulo: Cengage, 2016.