

PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: EDUCAÇÃO FÍSICA NO CENÁRIO DA SAÚDE COLETIVA

PREVENTION AND HEALTH PROMOTION: PHYSICAL EDUCATION IN THE SCENARIO OF PUBLIC HEALTH

Alisson Gomes da Silva¹

Leonardo Ferreira Machado²

Vinicius Dias Rodrigues³

Suyara Ferreira Antunes⁴

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas o principal problema de saúde pública atualmente. A prática “hospitalocêntrica” não tem solucionado o problema satisfatoriamente, assim o modelo “tecnossistêmico” da saúde coletiva vem sendo proposto para tal. O modelo, composto por equipe multidisciplinar, conta com o profissional de educação física, que pode interferir positivamente para a prática de atividade física na população assistida pela “Estratégia de Saúde da Família”, com atuações tanto no tratamento alternativo e menos medicamentoso quanto na prevenção e na promoção da saúde, levando em consideração a realidade local e as características individuais. Assim, o objetivo deste estudo é abordar o papel do profissional de educação física no cenário da saúde coletiva, através de ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde coletiva. Profissional de educação física. Prevenção da saúde. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The chronic diseases are considered the major public health problem nowadays. The practice "hospital-centric" has not solved the problem satisfactorily, so the collective health care model has been proposed. This model is composed of a multidisciplinary team, among them there is the physical education professional, which interferes positively to physical activity in the population assisted by the “Family Health Strategy”, with actions related to the alternative treatment and less medication, and also to prevention and health promotion, taking the local reality and individual characteristics into account. Thus, the aim of this study is to address the role of physical education professional in the collective health scenario, through actions related to prevention and health promotion.

Keywords: Collective health. Physical education professional. Prevention health. Promotion health.

¹ Professor especialista da Escola Preparatória de Cadetes do Ar – EPCAR.

² Professor especialista do Departamento de Educação Física e do Desporto da Unimontes.

³ Professor mestrando do Departamento de Educação Física e do Desporto da Unimontes; Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde da Unimontes; Laboratório do Exercício da Unimontes.

⁴ Acadêmica do curso de Educação Física Bacharelado da Unimontes; Laboratório do Exercício da Unimontes. *Campus* Universitário Professor Darcy Ribeiro – Vila Mauriceia – Montes Claros – MG.

1 INTRODUÇÃO

O conjunto de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é considerado o principal problema de saúde da atualidade, além do tabagismo, do estresse e do estilo de vida sedentário, que compõem fatores de risco para a saúde da população em geral (CONFEEF, 2005).

No que se refere aos problemas de saúde, verifica-se que o modelo biomédico não consegue solucioná-los de forma satisfatória, já que privilegia os cuidados meramente terapêuticos e curativos (CONFEEF, 2005). A prática “hospitalocêntrica”, o individualismo e a utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000; SILVESTRE; COSTA NETO, 2003) fazem com que a sua capacidade de resolutividade seja baixa, o que ocasiona problemas como a ocorrência do primeiro atendimento em estágio avançado das doenças, dentro do hospital. Isso, além de aumentar os custos, diminui as chances de um prognóstico favorável (PAIVA, 2004).

Nesse sentido, o modelo tecnoassistencial da saúde coletiva é apontado como a modalidade mais condizente com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) (GOULART, 1999), os quais são compostos pela universalização, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação da comunidade (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

A saúde coletiva pode ser definida, segundo Vilela e Mendes (2003), como uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde, orientada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde e que deve atuar sobre os nós críticos dos problemas, baseado em um saber interdisciplinar em um fazer intersetorial.

As estratégias da saúde coletiva resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e dos acidentes e a atenção curativa (VILELA; MENDES, 2003).

Os campos da promoção e prevenção da saúde vêm se deslocando progressivamente para se tornarem o centro das atenções na área da saúde, tanto no setor público como no privado (CONFEEF, 2005). A Carta de Jacarta, de 1997, emitida durante a IV Conferência Internacional sobre promoção da saúde, reconheceu a promoção e a prevenção da saúde como elementos essenciais para o desenvolvimento dessa área (ALCANTARA, 2004; CONFEEF, 2005). Além disso, a promoção da saúde é observada como uma importante estratégia da saúde coletiva, a qual se contrapõe à medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde (BÓGUS, 2002 *apud* MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Nesse contexto, a prática regular de atividade física destaca-se como uma medida interessante em programas de saúde coletiva, devido à sua forte relação com a prevenção de DCNT e à diminuição de suas complicações, além da melhoria da qualidade de vida através dos diversos benefícios à saúde ocasionados pela adoção de um estilo de vida ativo.

Assim, este trabalho tem como objetivo abordar o papel do profissional de Educação Física no cenário da saúde coletiva através de ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde.

2 MÉTODO

O trabalho foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica, considerando a importância do tema e buscando verificar o papel do profissional de Educação Física, integrado à equipe multiprofissional, na área da saúde coletiva.

O levantamento de dados foi embasado em documentos do Ministério da Saúde e em trabalhos científicos disponibilizados no *Google Acadêmico* e na base de dados *Scielo*. A escolha dos documentos e periódicos se deu pela sua relação com os temas Saúde Pública e Atividade Física.

A estratégia de busca desse referencial utilizou as seguintes palavras-chave: prevenção da saúde, promoção da saúde, profissional de Educação Física, saúde coletiva.

Foram utilizados os artigos que apresentaram informações relevantes relacionadas à área temática deste estudo.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

A atenção primária de saúde constitui um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde (ALEIXO, 2002). A sua potencialização, em articulação com serviços especializados e hospitalares, vem sendo a busca dos gestores de saúde para o êxito da reforma proposta na área (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Assim, em 1994 o Ministério da Saúde assumiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de reverter o modelo assistencial vigente e reorganizar a prática assistencial, por meio de uma nova esquematização da atenção básica à saúde (BRASIL, 1994 *apud* VIEIRA *et al*, 2004). Surge então uma nova concepção de saúde não mais centrada somente na assistência à doença, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e

intervenção nos fatores que a colocam em risco, por meio da incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersetoriais (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2000).

No mesmo sentido, a “Política Nacional de Promoção da Saúde” (PNPS) (BRASIL, 2006), implantada em 2006, e o “Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (NASF) (BRASIL, 2008), criado em 2008, configuram-se como importantes incentivos para promover a prática regular de atividades físicas no Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações específicas relacionadas às práticas corporais/atividades físicas definidas pela PNPS são: ações de oferta de práticas corporais/atividades físicas para toda a comunidade; ações de aconselhamento/divulgação sobre os benefícios das mudanças no estilo de vida; ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; ações de monitoramento e avaliação da efetividade das estratégias (BONFIM *et al*, 2012).

A estrutura básica da equipe da ESF é composta por um médico, enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e até seis agentes comunitários (BRASIL, 2000). A partir de 06 de março de 2001 - Portaria Nº 267/Ministério da Saúde, a equipe de saúde bucal (dentista, atendente de consultório dentário e técnico em higiene dental) foi inserida no programa (ALCANTARA, 2004). Cada equipe é responsável pelo atendimento de, em média, 860 famílias da comunidade em que se instala, com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Esse trabalho é fundamental para reduzir a demanda por hospitais (BRASIL, 2000).

A equipe da ESF não necessariamente deve ficar restrita à sua estrutura básica. Outros profissionais podem ser inseridos de acordo com a demanda e as características locais (COQUEIRO; NERY; CRUZ, 2006). Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), uma equipe multidisciplinar poderá ser formada por Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Nutricionistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, profissionais de Educação Física, Fisioterapeutas, Musicoterapeutas, Farmacêuticos, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

O trabalho multiprofissional poderá oferecer aos pacientes e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida, além de maior adesão aos tratamentos propostos (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

Nesse contexto, a participação do profissional de Educação Física relaciona-se à programação e supervisão de atividades físicas após consulta médica, adequando-as às realidades locais e características específicas individuais (MARCUS *et al*, 2000, *apud* DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006). Além disso,

participa também através de programação e execução de projetos de atividade física para prevenção de DCNT na comunidade (DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

A ESF, tendo como um dos seus principais objetivos a intersectorialidade e a multidisciplinaridade visando à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida, afirma no profissional de Educação Física a capacidade de desenvolver programas voltados para se atingir essa meta (ALCANTARA, 2004; COQUEIRO; NERY; CRUZ, 2006).

Assim, esse profissional recebe destaque por possibilitar aos grupos de variadas faixas etárias a realização de diversas atividades físicas que proporcionem um bem-estar físico, além da construção do autoconhecimento e da concepção de perceber-se como um ser atuante e contribuinte para a melhoria da coletividade (ALCANTARA, 2004).

Coqueiro, Nery e Cruz (2006) acreditam que intervenções de profissionais de Educação Física em conjunto com outros profissionais de saúde na ESF podem causar um grande impacto na Saúde Pública, uma vez que programas de orientação e prescrição de atividade física junto às famílias acompanhadas pela ESF poderiam interferir nos fatores de risco de DCNT por meio da prevenção, diminuição de suas complicações e redução da prevalência dessas doenças.

Tais intervenções devem ser compreendidas como expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindas do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta e da ginástica, sendo possibilidades de atividades as práticas de caminhada e orientação de exercícios, além de práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como capoeira, danças, modalidades de ginásticas orientais, entre outras, que deverão ser oferecidas à população em geral, sem restrição aos indivíduos já adoecidos ou mais vulneráveis (BRASIL, 2008).

Evidentemente, a oferta dessas atividades é de responsabilidade dos profissionais de Educação Física inseridos no SUS, através dos NASF, compondo equipes multiprofissionais que atuam em parceria com as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Programas e campanhas apresentam-se como o que há de mais consistente no que se refere a ações para a promoção da atividade física em nível nacional (FERREIRA; NAJAR, 2005).

Dessa forma, é importante ressaltar a necessidade de intervenções na área de políticas públicas, pois, de acordo com Ferreira e Najar (2005), a adesão à prática de atividades físicas e desportivas é multidimensional e sofre, portanto, a influência de vários fatores, como experiências anteriores na prática desportiva e de exercícios, apoio do cônjuge e de familiares,

aconselhamento médico, conveniência do local de exercitação, automotivação para a prática, condição socioeconômica, disponibilidade de tempo, dentre outros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova proposta de saúde no Brasil, marcada principalmente pelo surgimento da ESF, vai além da simples assistência à doença. Por meio de abordagens multidisciplinares e ações intersetoriais, a prevenção e a promoção da saúde passam a ter uma importante valorização e se destacam como estratégias fundamentais na saúde coletiva, além de essenciais para o avanço na área.

A possibilidade de a atividade física regular contribuir positivamente para a saúde oferece suporte a iniciativas que visam a engajar populações em uma vida fisicamente ativa.

A implantação de programas de atividade física, que levem em consideração a realidade local e as características individuais, pode causar grande impacto na Saúde Pública, já que interfere nos fatores de risco de DCNT por meio da prevenção dessas doenças, diminuição de suas complicações e redução da prevalência.

As ações do profissional de Educação Física, integradas à equipe multiprofissional, devem englobar a prática de atividades físicas para toda a comunidade, ações de aconselhamento e divulgação sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis, além do monitoramento e avaliação das estratégias empregadas no controle e na prevenção de DCNT.

As atividades não devem se limitar à caminhada e à ginástica, mas englobar diversas formas de movimento corporal por meio de jogos, lutas, danças, esportes, dentre outros.

A análise dos possíveis fatores intervenientes na adesão à prática da atividade física pela população é um elemento essencial para o sucesso de programas de atividade física, sendo necessárias, portanto, ações de políticas públicas que proporcionem, por exemplo, a adequação de locais para a prática de atividade física.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, 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.** Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Curso de Especialização com caráter de Residência em Saúde da Família, Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – ESFVS da UVA, Ceará, 2004.

ALEIXO, J. L. M. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações prioritárias na atenção básica em saúde**. Brasília, 2000.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.

BRASIL. **Portaria n. 154 de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os núcleos de apoio à saúde da família - NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BONFIM, M. R et al. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 167-173, jun. 2012.

CONFEEF. Carta Brasileira da Prevenção Integrada na Saúde. **Fórum Nacional de Prevenção Integrada da Área de Saúde**, Brasília, v. 5, n. 16, jun. 2005.

COQUEIRO, R. S.; NERY, A. A.; CRUZ, Z. V. Inserção do professor de Educação Física no Programa de Saúde da Família: Discussões preliminares. **Revista Digital Buenos Aires**, v. 11, n. 103, p. 1-1, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 23 ago. 2007.

SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Programa Saúde da Família. Departamento de atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, jun. 2000.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 5., 2006. Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 10(sup), p. 207-219, mar. 2005.

GOULART, F. A. A. Cenários Epidemiológicos, Demográficos e Institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 17/126, abr./jun. 1999.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, jul. 2004.

PAIVA, S. O. C. **Perfil Socioeconômico e Epidemiológico da População Idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha - PE**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2004.

SILVESTRE, J.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do Idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai./jun. 2003.

VIEIRA, E. T. et al. O Programa Saúde da Família sob o enfoque dos profissionais de saúde. **RBPS**, Fortaleza, v. 17, n. 3, p. 119-126, jul. 2004.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.