

Artigo de Revisão

REFLEXÕES SOBRE A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA

REFLECTIONS ON THE PROFESSIONAL OF PHYSICAL EDUCATION INSERTION IN PRIMARY CARE

Felix RM, Barbosa AR, Ilha PV, Graup S. Reflexões sobre a inserção do profissional de educação física na atenção básica. *R. Perspect. Ci. e Saúde* 2016;1(1): 77-84.

Resumo: A Educação Física (EF) vem ocupando nas duas últimas décadas um importante espaço junto à saúde pública, sendo contemplada em diversos contextos do Sistema Único de Saúde (SUS). Este fato, ampliou a implementação de políticas públicas que facilitam o acesso à prática da atividade física (AF). Entretanto, o reconhecimento do Profissional de Educação Física (PEF) no campo da saúde ainda está sendo conquistado. Estudos comprovam os benefícios da prática regular de AF na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e para o bem estar integral do indivíduo. Diante do exposto o objetivo deste estudo é propor uma reflexão sobre os desafios, barreiras e facilitadores de inserção do PEF junto à atenção básica. É evidente que a percepção do usuário ainda encontra-se enraizada na cultura tradicional do atendimento assistencial, preterindo a promoção e prevenção, justamente os pontos fortes de atuação do PEF. As maiores barreiras estão associadas à oferta de espaços físicos adequados à prática de AF nas unidades, assim como a percepção da sociedade sobre os serviços de saúde pública. É possível ainda, perceber que as equipes de saúde apresentam uma visão limitada das ações do PEF, muitas vezes subutilizando este profissional. Com base na literatura é possível concluir que é preciso agir na prevenção das doenças através de hábitos de vida saudáveis e repensar a própria formação do PEF, visando incitar novos olhares sobre o campo da EF para fortalecer suas interfaces com a saúde coletiva, estreitando o diálogo com outras áreas de conhecimento..

Palavras-chave: Educação física; atividade física; atenção primária.

Abstract: Physical education (PE) is occupying the last two decades an important space next to public health, being considered in various contexts of the Unified Health System (SUS). This fact has extended the implementation of public policies that facilitate access to physical activity (PA). However, recognition of the Professional Physical Education (PEF) in the health field is still being conquered. Studies show the benefits of regular practice of AF in the prevention of chronic non-communicable diseases (NCD) and the whole welfare of the individual. In this light the objective of this study is to propose a reflection on the challenges, barriers and insertion facilitators of PEF in the primary care. Clearly the user perception still is rooted in the traditional culture of the care service, passing over the promotion and prevention,

Contato: susanegraup@unipampa.edu.br

Raphaelly Machado
Felix¹

Ariadine Rodrigues
Barbosa¹

Philip Vilanova Ilha²

Susane Graup²

¹ Residentes do Programa de
Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde
Coletiva; Universidade
Federal do Pampa.

² Tutores do Programa de
Residência Integrada
Multiprofissional em Saúde
Coletiva; Universidade
Federal do Pampa.

Recebido: 22/08/2016

Aceito: 06/09/2016

precisely the strengths of PEF's performance. The biggest barriers are related to the provision of physical spaces suitable for PA practice in the units, as well as the perception of society on public health services. You can also realize that the health teams have a limited view of PEF actions, often shortchanging this professional. Based on the literature we conclude that we must act on disease prevention through healthy lifestyle habits and rethink the very formation of the PEF, aiming to incite new looks on the field of EF to strengthen its interfaces with public health, strengthening dialogue with other areas of knowledge.

Keywords: physical education; physical activity; primary care.

Introdução

No Brasil, uma das maiores conquistas sociais, é a criação do sistema único de saúde (SUS)¹ que aborda sobre as condições de promoção, proteção e recuperação de saúde e orienta-se por princípios básicos de universalidade, integralidade, equidade, igualdade e acessibilidade². Neste processo de fortalecimento do SUS, entre avanços e desafios, está o desenvolvimento da Atenção Básica (AB), sendo esta a principal porta de acesso aos serviços de saúde e via de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Neste panorama, priorizando a descentralização e a capilaridade, deixando o atendimento mais próximo da vida das pessoas, consolidando a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)³.

A AB é composta por várias ações de saúde, individuais e/ou coletivas, as quais englobam a prevenção de agravos e doenças e a promoção e proteção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades⁴.

No entanto, observa-se que na prática a prestação dos serviços de saúde ainda está enraizada em um modelo tradicional de saúde, centrado no atendimento médico e na busca pelo medicamento, uma cultura assistencialista e com um paradigma ultrapassado. É urgente a necessidade de superar esta perspectiva restrita com enfoque na doença e não no sujeito como um todo, sendo preciso entender a complexidade e a multicausalidade acerca dos problemas de saúde e criar estratégias que articulem ações efetivas para produzir saúde, de acordo com a especificidade de cada usuário e do contexto ao qual pertence, como é o caso da proposta da clínica ampliada que possibilita atuação do trabalho das equipes multiprofissionais no atendimento integral dos indivíduos^{5,6}.

Neste sentido, a atuação específica do Profissional de Educação Física no âmbito da saúde abrange os níveis de atenção primária, secundária e terciária; com intervenções de práticas corporais e exercícios físicos, além de orientações e prescrição de AF, principalmente

abrangendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), mas também, em ações integradas com uma equipe multiprofissional⁷.

Diante destas informações, o objetivo deste estudo é apresentar uma reflexão sobre a inserção e atuação do PEF no contexto da AB no município de Uruguai/RS no nível da atenção primária de saúde (APS). O estudo aborda a experiência vivenciada, a partir da inserção do residente PEF em duas Estratégias de Saúde de Família no período de março de 2015 a agosto de 2016.

ANÁLISE REFLEXIVA

A partir da década de 90, com a implantação do Programa Saúde da Família⁸⁻¹⁰, o SUS fortaleceu suas ações reorganizando a assistência à saúde, considerando a complexidade do processo de trabalho na AB, observando as diversidades e peculiaridades de cada localidade, ensejando assim a municipalização dos serviços, atualmente denominada como Estratégia Saúde da Família (ESF)¹¹. A ESF tem por objetivo desenvolver práticas de saúde com cuidados longitudinal, focando na integralidade e autonomia do sujeito para oferecer um serviço humanizado através do acolher, escutar e da resolubilidade.

O trabalho das equipes de saúde da família se distingue pela atuação multiprofissional em ações compartilhadas integrando diferentes profissionais e possibilitando troca de experiências e outras interfaces de conhecimentos¹², no entanto, o trabalho desenvolvido apresenta-se fragmentado destacando-se o modelo tradicional (biomédico) e de saberes hegemônicos.

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)^{13,14} e os Programas de Residência Multiprofissional¹⁵ possibilitaram a inserção outras categorias de profissionais para integrar as equipes de referência das ESF's (enfermeira, médico, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários). Esta nova configuração é relevante, pois busca qualificar os serviços ofertados na APS na perspectiva de superar a lógica médico assistencial.

No município de estudo não existem equipes NASF atuando na AB, no entanto, o programa de residência multiprofissional em saúde coletiva, atualmente, tem propiciado experiências que permitem desconstruir o modelo tradicional de saúde por meio de ações estratégicas que consideram a realidade e as necessidades locais e regionais, levando a cabo a articulação com as políticas de saúde com os gestores locais. Contudo, estes profissionais esbarram em um sistema de saúde complexo e com lacunas em sua formação, com graduações que trazem nos seus currículos pouco enfoque em saúde pública. Isto pressupõe um conjunto de (in)certezas, (ir)regularidades e adaptações, caracterizando este cenário como um campo de

atuação ainda pouco explorado, haja vista que a relação entre educação profissional e intervenção exige reciprocidade na interação e articulação do ensino, dos serviços e das vivências práticas.

O reconhecimento normativo da Educação Física (EF) como profissão da saúde é regulamentada pela resolução nº 287/98¹⁶ e entendemos que o PEF¹⁷ é o responsável pelas manifestações da cultura corporal de movimento¹⁸ e vem conquistando seu espaço no SUS devido aos crescentes índices de DCNT, tornando-se fundamental na prevenção e promoção à saúde o que coloca em evidência a necessidade de (re)pensar a formação em saúde.

A inserção do PEF na AB se consolida por meio das políticas e programas que permeiam demandas associadas aos hábitos de vida contemporâneos, no qual a adoção de um estilo de vida saudável favorece à prevenção de doenças e agravos e promoção à saúde¹⁹. Assim, o modo de intervir exige saberes múltiplos e transversais para além dos conhecimentos técnicos profissionais, como funções de administração e gestão do trabalho. Partindo deste pressuposto, o papel desempenhado pelo PEF na AB visa contribuir na redução dos fatores associados ao desenvolvimento das DCNT, visto que, esta problemática tornou-se uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo²⁰. As DCNT quando associadas a outros fatores de risco como a inatividade física ou ao sedentarismo e a má alimentação podem desenvolver as doenças metabólicas e coronarianas, por isso, a Organização Mundial da Saúde incluiu a atividade física como uma prioridade na agenda mundial de saúde pública²¹.

Vale destacar que AF apresenta diversos benefícios para saúde²²⁻²⁴ e embora diversos estudos apontem os efeitos positivos sobre a prática regular de AF, percebemos que realidade existe uma elevada prevalência nos níveis de inatividade física em grande parte da população, o que contribui nos altos índices de casos de hipertensos, diabéticos, infartos, acidente vascular cerebral, entre outros. Fato este, que justifica a inserção do PEF no Programa de Saúde da Família atuando junto no cotidiano das Estratégias de Saúde da Família com a orientação e prescrição de exercícios terapêuticos.

DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

A inserção do PEF no campo da saúde encontra diversas dificuldades, pois, ainda há uma visão limitada sobre as possibilidades da sua atuação, um desconhecimento a respeito de sua formação, assim como, suas habilidades e competências que o reduzem ao desenvolvimento de práticas corporais ou desporto.

O PEF é um agente transformador de saúde e deve estar capacitado para promover intervenções com diferentes grupos prioritários, tais como: hipertensos, diabéticos, obesos, idosos, gestantes, trabalhadores e realizar avaliação física (motora, funcional, composição corporal, medidas cineantropométricas, componentes físicos e morfológicos) para identificar fatores de risco à saúde; mas também, orientar AF (diagnosticar, planejar, prescrever, avaliar e monitorar); desenvolver recreação e gestão.

É indispensável esclarecer sobre as especificidades do PEF, pois grande parte da população desconhece a importância destes conteúdos e as informações das quais possuem acesso são fornecidas pelas mídias televisivas, menosprezando as publicações científicas. Isto preocupa, não só porque a maioria das pessoas é insuficientemente ativa ou sedentária, mas porque algumas praticam AF de forma inadequada, o que também pode causar danos à saúde.

É possível constatar que em relação à formação profissional, os PEF oriundos da licenciatura possuem uma formação generalista e com maiores vivências em relação às especificidades do contexto escolar e uma carência de experiências sobre o âmbito da saúde pública²⁵. Neste cenário, os cursos de bacharelado possuem maior oferta de componentes voltados para saúde, entretanto, tanto bacharelado quanto a licenciatura refletem um despreparo na formação dos PEF que prescreve exercícios puramente voltados para AF sem o aprofundar as questões que permeiam o sujeito, não contextualizando as demandas sociais de saúde com ações qualificadas na saúde coletiva, que emerge como um novo campo de saber para Educação Física²⁶.

Diante disso, é indispensável a discussão tanto na esfera acadêmica quanto no âmbito de atuação prática as possibilidades de estreitamento do diálogo entre formação profissional em EF e as formas de atuação do PEF junto à atenção básica, tendo em vista que há uma lacuna evidente que pode ser preenchida a partir da introdução de conteúdos, disciplinas e estágios no campo da saúde nos cursos de EF.

Embora se saiba que esses processos não são edificados e tampouco consolidados, somente com alterações nos currículos é possível transformar este cenário, pois estes dependem de uma compreensão contextual que envolve fatores culturais, socioeconômicos e políticos. Em particular, entendemos que é preciso dar novos passos, pois o PEF deve estar habilitado e capacitado para atuar em consonância com as demandas em saúde.

BARREIRAS PARA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Atualmente o SUS enfrenta uma crise pela falta de recursos financeiros, problema este que afeta os profissionais, a infraestrutura e materiais que não chegam para ofertar o básico dos serviços das ESF. Muitas unidades, que teriam seus espaços ampliados, se adaptam para oferecer o mínimo do atendimento à população, assim, a possibilitar a continuidade de procedimentos e cuidados.

A falta de espaços físicos, seja para atendimentos de agenda ou para prática de AF, junto às unidades de saúde é um ponto crítico ao trabalho do PEF, o que muitas vezes, desvaloriza e desmerece o profissional. Os espaços adequados são indispensáveis para a realização da AF e a criação dos grupos, portanto, não havendo espaços físicos para a prática, o PEF acaba por ser subutilizado ou pré-julgado como um profissional ocioso. Outras possibilidades de inserção do PEF é o trabalho de educação e saúde, porém diversas vezes este não é percebido como o profissional apto a exercer estas ações.

As intervenções do programa de residência em saúde coletiva e a inserção do PEF no cotidiano das ESF do município de Uruguaiiana estão rompendo com alguns paradigmas e estigmas da EF, possibilitando ao usuário compreender a adoção de hábitos saudáveis que contribuam para o seu bem estar e qualidade de vida.

O campo da saúde na AB é capaz de propiciar experiências e vivências diversificadas como a trabalho com grupos (acolhimento, temático por patologia, terapêutico, convivência), atendimentos individuais, cuidado domiciliar (individual e compartilhado), projeto terapêutico singular, ações de educação e saúde (salas de espera e escola), academias da saúde, entre outros²⁷.

Os grupos prioritários são exemplos pontuais que envolvem atenção às características individuais dos sujeitos. O Grupo Hiperdia, por exemplo, voltado para diabéticos e hipertensos, engloba duas patologias diversas em um só grupo. O que fazer para atender as especificidades de cada um? Temos presenciado situações que retratam um cenário preocupante quanto às formas de agir do PEF. Às vezes outros profissionais, equivocadamente, tentam inibir nossas condutas, acreditando que determinadas habilitações só competem a eles. Nestas perspectiva, é possível destacar a competência do PEF em reabilitar, não no modelo fisioterápico, mas considerando componentes da aptidão física em geral, que podem em refletir em fatores de risco para DCNT.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nestas reflexões e discussões é possível perceber a necessidade de enfatizar a prevenção das doenças por meio da construção de hábitos saudáveis de vida e repensar a própria formação do PEF, visando incitar uma nova perspectiva sobre o campo da EF para fortalecer suas interfaces com a saúde coletiva e aproximar outras áreas de conhecimento.

Assim, é necessário que os PEF tomem alguns cuidados em suas ações, enfatizando qual o seu papel na prevenção e promoção à saúde, a fim de buscar espaços no cenário da saúde coletiva. A atuação do PEF deve transcender as questões de ordem técnica e às especificidades da área, demonstrando um amplo preparo e a versatilidade que este profissional da saúde é detentor. Ademais sabemos que a EF não se restringe em apresentar uma formação educacional focada somente na promoção da saúde, mas que deve propiciar aos usuários o acesso a um conjunto de informações e experiências que possibilitem a autonomia e a conscientização quanto à prática da atividade física e outros hábitos que possam promover benefícios à saúde ao longo da vida. suas argumentações, todavia, oportunizando avanços na discussão do tema e no despertar para novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde MDS-. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. [Internet]. Diário Oficial da União. 1990 [cited 2016 Oct 8]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde. 2000. 44 il.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. MDS-. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 [Internet]. 2011 [cited 2016 Oct 8]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
4. BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. MS E, editor. Brasília; 2012. 110 p.
5. BRASIL, Saúde M da, Saúde S de A à, Humanização NT da PN de. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2007. 60p p.
6. BRASIL. Política Nacional de Humanização. Ministério Da Saúde Do Brasil. 2013. 16 p.
7. CONFED. Recomendações sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física. Rio de Janeiro; 2010. 48p p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 1997. 36 p.
9. RODRIGUES RD, ANDERSON MIP. Saúde da Família : uma estratégia necessária. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2011;6(18):21–4.

10. SANTANA ML, CARMAGNANI MI. Programa saúde da família no brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Soc.* 2001;10(1):33–53.
11. PINTO LFP, SORANZ DR. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Ciênc saúde coletiva.* 2004;9(1):85–98.
12. PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2001;35(1):103–9.
13. BRASIL, MS MDS-. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. 1ª edição. MS E, editor. Brasília; 2010. 152p p.
14. BRASIL. MS MDS-. PORTARIA GM Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 [Internet]. Diário Oficial da União Nº 43. 2008 [cited 2016 Oct 8]. p. 38–42. Available from: http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
15. BRASIL -MJ MDJ, MS MMDE, MS MDS-, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO OEG-M, REPÚBLICA S-GDP DA. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005 [Internet]. 2005 [cited 2016 Oct 5]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm
16. BRASIL. Ministério da Saúde. CN de. RESOLUÇÃO Nº 287 DE 08 DE OUTUBRO DE 1998 [Internet]. Diário Oficial da União. 1998. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html
17. CNS CN de S-. Resolução Nº2018, 06 de março de 1997 [Internet]. Diário Oficial da União nº83. 1997 [cited 2016 Oct 8]. p. 8932–3. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/resolucao218_05_05_97.pdf
18. GAYA A. Educação Física: A vertente pedagógica da cultura corporal do movimento humano ou 100 parágrafos em defesa da formação única: subsídios para o debate sobre a reformulação curricular na EsEF-UFRGS. 2009 Aug; Available from: <http://www.graduacao.univasf.edu.br/atividadefisica/arquivos/Texto Adroaldo Gaya.pdf>
19. BRASIL. Ministério B, Vigilância S De, Atenção S De. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2010.
20. NAHAS MV. Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6 ed. Londrina: Midiograf; 2013. 335p p.
21. WHO. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. *Bull WORLD HEALTH ORGAN* [Internet]. 2009;87:646–646. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
22. PUCCI GCMF, RECH CR, FERMINO RC, REIS RS. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. *Rev Saude Publica.* 2012;46(1):166–79.
23. COELHO CDF, BURINI RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev Nutr Campinas*. 2009;22(6):937–46.
24. ALVES MH, PONTELLI BPB. Doenças crônicas e a prática da atividade física no impacto das internações por causas sensíveis a atenção básica. *Revista Fafibe On-Line.* 2015;8(1):310–8.
25. SOUZA SC DE, LOCH MR. Intervenção Do Profissional De Educação Física Nos Núcleos De Apoio À Saúde Da Família Em Municípios Do Norte Do Paraná. *Rev Bras Atividade Física Saúde* [Internet]. 2012;16(1):5–10. Available from: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/549>
26. ANJOS TC DOS, DUARTE ACG DE O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. *Rev Saúde Coletiva.* 2009;19(4):127–44.
27. BRASIL, Saúde M da, Saúde S de A à D de AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família– Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Vol. 1. Brasília; 2014. 116p p.