

A INSERÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

THE INSERTION OF PHYSICAL EDUCATOR IN FAMILY HEALTH STRATEGY

Marla Moraes de Aguiar¹

Jessamine Moraes de Aguiar²

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo geral Identificar aspectos relevantes para a inserção do Educador Físico na Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa foi desenvolvida com os profissionais que atuam na ESF do município de Cariré, dando ênfase na importância do profissional de Educação Física no contexto da saúde pública. A abordagem qualitativa foi a metodologia utilizada para o desenvolvimento do artigo. Para a coleta de dados, adotou-se a entrevista semi-estruturada, a qual permitiu que os entrevistados tivessem mais liberdade em expor suas opiniões. Os resultados mostraram que os profissionais que atuam no município atribuem grande importância ao trabalho do educador físico na área da saúde. Verificou-se que a inserção deste profissional na equipe da ESF pode melhorar o serviço de saúde, oferecendo atendimento integral à população, visando à qualidade de vida por meio das práticas corporais, da recuperação e da socialização.

Palavras-chave: *Profissional de Educação Física; Saúde Pública; Qualidade de Vida.*

ABSTRACT

This article aims to identify general aspects relevant to the insertion of Physical Educator in Family Health Strategy. The research was conducted with professionals working in the municipality of FHS Carire, emphasizing the importance of physical education professional in the context of public health. A qualitative approach was the methodology used for the development of the article. To collect data, we adopted a semi-structured interview, which allowed the respondents had more freedom to express their opinions. The results showed that the professionals who work in the city attach great importance to the work of the physical educator in healthcare. It was found that the insertion of the professional staff of FHS can improve the health service, providing comprehensive care to the population, aiming at the quality of life through bodily practices, rehabilitation and socialization.

Keywords: *Professional Physical Education, Public Health, Quality of Life.*

¹ Graduada em Educação Física, licenciatura, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral - Ceará.

² Graduada em Educação Física, licenciatura, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral - Ceará.

1. INTRODUÇÃO

O ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família que visa reorganizar a assistência de saúde através de ações multidisciplinares. Pedrosa e Leal (2012, p. 236) afirmam que durante seu período de consolidação, o PSF passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), denominação pela qual é conhecido atualmente.

Para ampliar o atendimento e a qualidades dos serviços, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscando consolidar a inserção da ESF na rede de serviços da Atenção Básica.

O NASF propõe ampliar o número de profissionais de diversas áreas de atuação para que trabalhem em conjunto com as equipes das ESF. A atuação destes profissionais envolve o compartilhamento de ações em promoção de saúde nas áreas de responsabilidade de cada equipe da ESF. O NASF reconhece no total 13 ocupações, sendo "Profissional da Educação Física" uma destas. (PEDROSA E LEAL, 2012).

A inserção dos profissionais de educação física nos serviços de saúde não significa uma atividade a mais no atendimento e no controle a enfermidades. Essa prática tem sido apontada como uma das possibilidades de melhoria de saúde e qualidade de vida desde os tempos

passados. Desta maneira, a Educação Física contribui para que o atendimento em saúde torne-se mais eficiente de modo a gerar menos custos.

Para Coutinho (2011, p. 34) a inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica a Saúde tem potência para aumentar as possibilidades de oferta de serviços de saúde em quase todas as áreas estratégicas.

Segundo o autor, o educador físico pode atuar junto à criança, no combate a obesidade e no incentivo à prática de esporte e atividades recreativas. Pode atuar ainda, junto à saúde da mulher por meio de práticas corporais e atividades físicas, voltando-se para a prevenção de doenças.

A população idosa também pode contar com o trabalho do educador físico. Exercícios específicos podem ajudar na manutenção da força muscular, aumentando a capacidade do idoso de realizar atividades diárias, diminuindo as possibilidades de quedas. É importante ressaltar que a atividade física contribui para aumentar a socialização, diminuindo o isolamento que é muito comum entre as pessoas mais idosas.

O processo de trabalho na Atenção Básica de Saúde tem como pressuposto o trabalho em equipe e o profissional de educação física não poderá desenvolver suas intervenções como se estivesse em uma "ilha". (COUTINHO, 2011).

Neste sentido, o educador físico deve atuar junto a uma equipe de profissionais da saúde de modo a compartilhar atividades e experiências visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Essa troca é importante porque possibilita que o educador físico conheça melhor as características de cada local e de sua população.

Portanto, as situações que surgem no contexto da ESF devem ser tratadas por meio do compartilhamento de saberes, para que a intervenção dos profissionais seja resultado de decisões tomadas em equipe. O educador físico é reconhecido dentro da Estratégia de Saúde da Família como profissional que traz inúmeros benefícios para a promoção da saúde pública, através de trabalhos de acompanhamento, prevenção e tratamento de doenças a partir de atividades físicas e recreativas.

1.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema único de Saúde (SUS) é uma política pública de saúde, reconhecido em todo mundo como um grande sistema de assistência à saúde gratuita para toda a população brasileira.

Segundo Souza (2013, p. 16) o SUS é o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive para portadores do

HIV, pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

Ainda de acordo com o autor, antes do SUS, o Ministério da Saúde já desenvolvia ações de assistência à saúde, bem como, de prevenção de doenças com a ajuda dos estados e municípios. Estas ações eram voltadas, sobretudo, para as campanhas de vacinação e controle de endemias. O Ministério da Saúde atuava através de poucos hospitais especializados, realizando atendimentos psiquiátricos e a pacientes com tuberculose.

Essa ação, também chamada de assistência médico-hospitalar, era prestada à parcela da população definida como indigente, por alguns municípios e estados e, principalmente, por instituições de caráter filantrópico. Essa população não tinha nenhum direito e a assistência que recebia era na condição de um favor, uma caridade. (SOUZA, 2013).

Em 1990, com a promulgação da Lei 8.080 foi criado o Sistema Único de Saúde, tendo como gestor no âmbito da união, o Ministério da Saúde. Segundo Pedrosa e Leal (2012, p. 236) no Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde ganha lugar de destaque entre as ações governamentais. A partir deste momento, o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal.

Através da implantação do Sistema Único de Saúde buscava-se, sobretudo, atender ao princípio da universalidade, ou seja, dar um caráter universal à cobertura das ações de saúde, que antes era oferecida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) somente aos seus beneficiários, formados por trabalhadores da economia formal com carteira assinada e seus dependentes.

O Movimento pela Reforma Sanitária, que vinha no contexto da luta pela democratização da sociedade, conseguiu assegurar na Constituição o que pensava ser um sistema de saúde justo, um sistema em que todos, sem exceção, fossem beneficiados por todas as ações de saúde. (GRANJA, 2008).

Desde a sua criação, o SUS vem passando por transformações importantes, principalmente no que diz respeito à descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para os estados e municípios.

De acordo com Souza (2013, p. 23) “esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituído por meio de portarias ministeriais”. Estas normas estabelecem critérios para que estados e municípios possam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde. Para absorver tais recursos, estados e municípios devem cumprir uma série de requisitos

referentes ao compromisso de assumir responsabilidades de gestão do sistema de saúde.

Hoje, a rede ambulatorial do SUS é formada por 56.642 unidades, realizando cerca de 350 milhões de atendimentos por ano. Segundo Mendes (2001) apud Granja (2008, p. 13) o SUS, resultante do movimento sanitário, foi responsável, nos anos de 1990, pela inclusão de 60 milhões de brasileiros como portadores legais do direito à saúde.

O Sistema Único de Saúde, mesmo com todas as dificuldades e limitações, representa uma grande conquista para os cidadãos brasileiros que anteriormente ficavam sujeitos ao atendimento filantrópico.

Os princípios básicos do SUS são: à universalidade no acesso aos serviços de saúde, a igualdade no atendimento e a equidade na distribuição dos recursos, realizando atendimento integral através de ações preventivas e assistenciais.

Trata-se de um sistema formado por uma rede de ações e serviços públicos de saúde, dotado de uma organização interna e aptos a prestar ações e serviços de saúde que são de relevância pública. O sistema é responsável por ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a reabilitação de doentes com sequelas. (CASTRO, 2012).

O SUS organiza-se por meio de uma rede de serviços regionalizada e

descentralizada. A descentralização consiste em capacitar cada município, estado e Distrito Federal e a União para a execução de responsabilidades que se relacionam com a proteção e a recuperação da saúde. (CASTRO, 2012).

Portanto, o objetivo é oferecer integralmente serviços de saúde aos pacientes, com atendimentos realizados nas Unidades Básicas de Saúde, bem como, a realização de exames e internação caso seja necessário. As internações vão da menor complexidade, tais como internações de crianças com diarreia, até as mais complexas, com a realização de transplantes de órgãos, com cirurgias cardíacas, entre outras. (SOUZA, 2002).

O financiamento do SUS é de responsabilidade dos três níveis de governo. A esfera federal responde por mais de 70% dos recursos que são repassados aos estados e municípios por meio do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais.

Segundo Souza (2013, p. 18) além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aporte de seus próprios orçamentos. O autor ressalta ainda que alguns estados promovem repasse de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estatal.

O gerenciamento do SUS fica por conta dos representantes de cada nível de governo. No âmbito nacional, a gestão fica sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e, no âmbito estadual e municipal os secretários de saúde de cada esfera assumem o papel de gerir os recursos do SUS.

Os gestores devem, entretanto, assumir dois compromissos essenciais: um no âmbito político e outro no âmbito técnico. O primeiro diz respeito ao compromisso do gestor com a população em prover ações de saúde de forma a garantir o direito de todo indivíduo à cidadania.

O compromisso técnico do gestor do SUS se refere ao exercício das funções gestoras na saúde. (SOUZA, 2013). Essas funções consistem num conjunto de saberes e práticas fundamentais para a implementação de políticas de saúde que devem ser realizadas de forma coerente de acordo com os princípios do sistema público de saúde.

Portanto, apesar das inúmeras dificuldades e desafios existentes desde sua implantação até os dias atuais, o Sistema Único de Saúde é um grande avanço na promoção dos direitos básicos de todo cidadão. Os esforços implementados ao longo dos anos visam ao aperfeiçoamento do trabalho das equipes no sentido de oferecer atendimento e cuidado à saúde dos brasileiros.

1.2 PROGRAMA SAÚDE NA FAMÍLIA

O Programa de Saúde da Família surgiu a partir da tentativa de superar um modelo de assistência à saúde, caracterizado pela ineficiência, pelo despreparo profissional e pela insatisfação da população.

O PSF surge como uma política de reestruturação da atenção primária, através de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. (PATRÍCIO, 2007).

Os princípios do PSF foram definidos em reunião em dezembro de 1993, em Brasília organizada pelo Ministério da Saúde em razão das exigências dos secretários municipais de saúde que reivindicavam respaldo financeiro para realizar mudanças no atendimento da rede básicas de saúde. A reunião possibilitou a discussão de experiências bem-sucedidas em alguns municípios brasileiros que realizaram trabalhos pioneiros em saúde da família. Foi criada então, a proposta do Programa Saúde da Família e a criação da Coordenação de Saúde da Comunidade.

A característica principal do PSF é entender a família como espaço estratégico de atuação. (PATRÍCIO, 2007). Depois de muitos anos de privilégios nos atendimentos hospitalares, fruto da medicina

previdenciária, o SUS foi instituído e, a partir daí, foram empreendidos diversos esforços para desenvolver programas e investimentos públicos como o Programa de Saúde da Família e a criação de sistemas de transferência de recursos federais conforme o número de habitantes de cada município.

O processo de implantação do PSF foi rápido, sobretudo nos pequenos municípios que apresentavam pouca ou nenhuma capacidade de atendimento de saúde. Porém, nos grandes centros urbanos a instalação do PSF tem sido lenta em razão de vários fatores, entre eles pode-se citar a grande concentração populacional, falta de acesso aos serviços de saúde, entre outros fatores.

O PSF é formado por uma equipe de saúde da família, com atuação de médicos, enfermeiros, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários que trabalham nos municípios, em áreas de abrangência definidas, realizando acompanhamento com a população destas áreas.

As Unidades Básicas de Saúde, além da equipe básica preconizada pelo Ministério da Saúde, tem em sua composição um quadro de profissionais com formação em nível fundamental e médio, a saber: agentes administrativos, auxiliares de serviços gerais, zeladores de patrimônio, atendente de farmácia e auxiliares, técnicos

de enfermagem, dentre outros. (PINTO et al, 2008).

A Unidade de Saúde da Família deve ser responsável pelo acesso ao sistema de saúde local, bem como, a atendimentos mais complexos. A equipe de profissionais deve conhecer as famílias de sua área de abrangência, bem como, deve identificar os problemas de saúde e as situações de riscos que acometem a comunidade.

As equipes de saúde da família trabalham com um número fixo de famílias, sendo recomendável que cada equipe atenda cerca de 600 a 1.000 famílias.

A proposta do PSF objetiva criar vínculos entre os profissionais e usuários através da co-responsabilização na resolução dos problemas de saúde. Além disso, por priorizar ações de promoção, proteção e recuperação de saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua, o PSF vem ganhando espaço e relevância em todo o Brasil, tornando-se indiscutivelmente importante estratégia de reordenação do modelo assistencial. (SIMÕES et al, 2007).

A partir da identificação dos problemas das situações de risco, é desenvolvido um programa de atividades visando promover ações educativas para garantir a saúde e o enfrentamento de doenças, prestando assistência integral à comunidade.

O trabalho é desenvolvido dentro de uma nova proposta em que a equipe

multiprofissional tem uma maior capacidade de atender às necessidades da população de sua área de abrangência. Na atenção primária a pessoa deve ser estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade a qual faz parte.

O PSF como uma política pública para promover ações de atenção básica à saúde nos municípios, ainda apresenta muitos problemas que podem ser caracterizados pela dificuldade de acesso da população a alguns serviços. Contudo, é fundamental que estes serviços de saúde tornem-se acessíveis e que respondam às necessidades da população.

1.3 NASF (NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA)

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família foi criado pelo Ministério da Saúde no ano de 2008 e tem o objetivo de ampliar a abrangência das ações de atenção básica, apoiando a introdução da estratégia saúde da família nas redes de serviço de saúde.

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. (BRASIL, 2009, p. 9). O NASF é formado por uma equipe de profissionais de diversas áreas que atuam juntamente com outros profissionais das equipes de saúde da família.

Os recursos financeiros do NASF são provenientes do Fundo Nacional de Saúde que são repassados ao Fundo Municipal de Saúde. Sua implantação somente é possível em municípios que dispõem de Equipes de Saúde da Família em seu território.

O NASF não é uma estrutura desvinculada da atenção primária à saúde e, como esta, tem dentre seus pressupostos a territorialização; a educação permanente em saúde; integralidade; participação social; promoção da saúde e humanização. (FIGUEIREDO, 2013).

O núcleo visa ampliar e melhorar a atenção e a gestão da saúde na ESF, voltando suas ações para a construção de uma rede de atenção e cuidado, apoiando o trabalho das equipes de saúde da família. Um Nasf deve ser formado por uma equipe de profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2009).

O SUS visa, com O NASF, a integralidade que deve estar presente no trabalho de todos os profissionais no encontro com os pacientes.

O núcleo é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. (BRASIL, 2009).

As ações desenvolvidas pelo NASF envolvem também outros princípios e

diretrizes que são: o território de atuação dos profissionais, a prática de atividades de educação junto à população, a interdisciplinaridade, gestão participativa e a humanização. Os profissionais devem voltar-se para estes princípios em busca da promoção de um serviço de saúde que contemple uma vida mais saudável à população.

Segundo Figueiredo (2013, p. 63) o NASF está organizado em duas modalidades: NASF 1 e NASF 2. O núcleo 1 deve conter pelo menos cinco profissionais com formação universitária: Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico pediatra, ginecologista, homeopata), Profissional de Educação Física e Terapeuta Ocupacional.

O núcleo 2 deve conter pelo menos três profissionais com formação universitária e devem estar ligados a um número mínimo de três equipes de saúde da família.

As modalidades no NASF definem alguns critérios e responsabilidades que devem ser levados em consideração pelos profissionais e pelo gestor municipal. Quanto a este último, cabe a responsabilidade de definir os profissionais que formarão cada núcleo, organizando o trabalho nos territórios de sua responsabilidade juntamente com as equipes de saúde da família. O trabalho realizado entre as equipes do NASF e da

ESF deve priorizar a troca de saberes, a capacitação e a responsabilidade mútuas. (FIGUEIREDE, 2013).

Outro requisito fundamental do núcleo é o desenvolvimento de mudanças na postura e atuação de seus profissionais. O trabalho envolve ações interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura.

Desta maneira, compreende-se que o NASF tem uma proposta inovadora nos trabalhos de atenção básica, pois assume o papel de coadjuvante do processo de gestão da saúde, desenvolvendo ações compartilhadas com as equipes de saúde da família com o objetivo de construir mecanismos de comunicação para oferecer um serviço de saúde de mais qualidade à população.

1.4 LEIS QUE REGULARMENTAM OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

As práticas de atividades físicas são manifestações antigas que, ao longo do tempo cresceram de forma considerável, sobretudo na cultura contemporânea e com o processo de industrialização.

São vários os acontecimentos que marcam a introdução de práticas de educação física no Brasil. Entre elas pode-se citar a criação da Escola Militar, a introdução da Ginástica Alemã, a portaria do Ministério da Guerra de 1922, com a criação

do Centro Militar de Educação Física e outros fatos que somados, contribuíram para a formação dos primeiros professores de Educação Física no país. No início do século XX, a Educação Física passa a ser discutida não só como uma forma de prevenção da saúde pública, mas também com o uma maneira de melhorar e eugenzar a raça brasileira. (ALBUQUERQUE, 2009).

A partir do século XIX, a Educação Física ganhou espaço em todo o contexto social, cresceu e adquiriu força como uma atividade necessária dos povos civilizados. Por muito tempo no Brasil, a Educação Física recebeu forte influência da área médica, com ênfase nos discursos pautados na higiene, na saúde e na eugenia dos interesses militares. Passou também a assumir a função de formar e selecionar os representantes mais aptos para competições em diversas categorias.

O surgimento e desenvolvimento da Educação Física como categoria profissional se deu principalmente na escola. Contudo, diante das novas exigências sociais, pelo processo de evolução tecnológica e pelo avanço da urbanização, surgiram novas necessidades e atividades, visando uma melhor qualidade de vida, através do lazer e das práticas esportivas. Foi nesse contexto que o trabalho do profissional de Educação Física foi ganhando espaço.

Os cursos de bacharelado e licenciatura surgiram no fim da década de 1980. Os profissionais formados neste período buscavam uma oportunidade no mercado de trabalho dentro e fora das escolas.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996 foi um grande avanço para a profissionalização dos graduados de diversas áreas de atuação, que exigia preparação adequada para o ensino. Outro avanço significativo foi o reconhecimento por parte do Conselho Nacional de Saúde dos profissionais de Educação Física com graduação, como sendo profissionais de saúde.

Em 1998, após grande disputa política, foi criado o Conselho Federal de Educação Física – CONFEF Lei nº 9696/98 -, uma entidade civil sem fins lucrativos, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, destinada a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício das atividades próprias dos profissionais de Educação Física. (ALMEIDA E GUTIERREZ, 2008, p. 1).

Essa Lei deu respaldo às duas áreas de atuação profissional do Educador Físico, uma na educação e outra na saúde. Posteriormente, O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 287 de 1998, incluiu os educadores físicos com graduação em seu rol de profissionais.

A partir daí, tem-se verificado algumas mudanças importantes no que se refere às

atividades ligadas à atuação do profissional de Educação Física. A criação do Conselho Federal de Educação Física em janeiro de 1999 e a posse dos primeiros conselheiros estimularam a criação de diversos conselhos estaduais em razão do grande número de graduados que procuravam regulamentação profissional.

Em dezembro de 2001, através de muitos esforços empreendidos pelo CONFEF foi sancionada a Lei nº 10.328, que torna a disciplina de Educação Física obrigatória no contexto da educação básica. Depois da regulamentação profissional dos educadores físicos, no mercado de trabalho atualmente, há um expressivo campo de atuação para estes profissionais em escolas, na saúde, nas atividades de lazer promovidas por órgãos públicos, entre outras atividades.

1.5 IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No contexto da saúde brasileira, a Educação Física ganhou grande importância porque a atividade física passou a ser vista como um elemento fundamental para a melhoria da qualidade de vida da população. Os movimentos corporais, os exercícios físicos, o lazer, a recreação ajudam, sobretudo, na manutenção de uma vida mais saudável.

Enfrentar a complexidade dos problemas de saúde e buscar alternativas e soluções requer a integração de vários atores e a redefinição de novas práticas. (SILVA et al, 2009). Neste contexto, surge a Educação Física na Estratégia Saúde da Família integrando atividades físicas e recreativas no atendimento à saúde da população.

Os objetivos da Educação Física por meio das práticas corporais (atividade física, exercício físico, dança, recreação, lazer e esporte) e avaliação física-corporal na APS/ESF, precisam considerar a concepção de que a saúde é produzida socialmente e voltar-se para uma atuação que vise o bem estar e a qualidade de vida e de saúde da comunidade. (SILVA et al, 2009).

A Educação Física pode auxiliar no atendimento a diversos grupos sociais como: crianças, adolescentes, adultos e idosos, gestantes, pessoas portadoras de doenças crônicas, de transtornos mentais e dependentes de álcool e outras drogas.

Contudo, a falta de conhecimento acerca da importância da Educação no atendimento de saúde pública acaba influenciando na falta de interesse da população em cobrar dos gestores públicos a sua atuação no sistema de saúde. (BRAZ, FARANI, COSTA FILHO, 2011).

A Educação Física como seus conceitos e possibilidades de desenvolver atividades físicas e esportivas, é um

importante instrumento para promover a saúde e a qualidade de vida da população. Para tanto, é necessário que os profissionais da área se qualifiquem, de modo a aplicá-la com responsabilidade e competência.

A aplicação da Educação Física na ESF tem contribuído para a prevenção de algumas enfermidades a partir da prática de atividades físicas, orientadas por profissionais qualificados, ajudando na formação de um estilo de vida mais saudável.

São inúmeros os benefícios das atividades promovidas pela Educação Física no contexto da ESF. Os exercícios físicos estimulam vários sistemas do organismo humano como: o cardiorrespiratório, muscular, nervoso, atua na diminuição do estresse, na melhoria da auto-estima, entre outros benefícios.

Portanto, é fundamental que sejam ampliadas as práticas de atividades físicas na ESF, já que proporcionam aos usuários da saúde pública a prevenção de doenças e a promoção do bem estar físico e mental.

2. METODOLOGIA

Para analisar a importância do profissional de Educação Física na Estratégia de Saúde da Família adotou-se como procedimento metodológico a pesquisa qualitativa. Segundo Pope e Mays

(2009, p. 11) os métodos qualitativos têm muito a oferecer aos que estudam a atenção à saúde.

A pesquisa objetiva identificar aspectos relevantes da inserção do Educador Físico na estratégia de Saúde da Família. Em razão disso, achou-se por bem adotar o método qualitativo, pois este está relacionado com os significados que as pessoas atribuem às experiências, bem como, busca interpretar comportamentos e interações.

No contexto da saúde o método qualitativo tem sido utilizado para abordar questões importantes como: a tomada de decisões por profissionais de saúde, a organização da clínica hospitalar ou do sistema de saúde como um todo. (POPE E MAYS, 2009, p. 14).

Tem-se como instrumento de coleta de dados a aplicação de entrevista junto aos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família do município de Cariré, Ce.

Foi adotada a entrevista semi-estruturada. Neste tipo de entrevista os entrevistados são estimulados a falar livremente sobre suas experiências e opiniões. Para tanto, foi elaborado um roteiro de perguntas relacionadas à relevância da inserção do Educador Físico na Estratégia de Saúde da Família em Cariré.

Os resultados foram analisados a partir da interpretação e discussão das respostas dos entrevistados, seguindo as recomendações da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde sobre as pesquisas que envolvem seres humanos.

3. RESULTADOS

Participaram da pesquisa alguns profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município de Cariré com o intuito de verificar o trabalho desenvolvido junto à população e, sobretudo, perceber a importância da inserção do profissional de Educação Física na ESF.

Quadro 01 – Tópicos discutido com os profissionais da ESF

✓ A importância do profissional de Educação Física na ESF
✓ Trabalho desenvolvido no município sem um profissional de Educação Física
✓ Práticas de exercícios físicos junto à população
✓ Contribuições do profissional de Educação Física na ESF

Fonte: Quadro elaborado pela autora, junho, 2013.

Os entrevistados relataram que a inserção do profissional de Educação Física é de fundamental importância no contexto de trabalho das Equipes de Saúde da Família para promover a articulação entre viver saudável e adquirir saúde. Eles

disseram que o aumento das doenças crônicas exige a adoção de um estilo de vida mais saudável e a necessidade de práticas devidamente orientadas por um profissional qualificado nas ações de promoção e prevenção à saúde.

Carvalho (2008, p. 44) defende a prática regular de exercícios físicos juntamente com a análise do contexto de vida dos indivíduos e o subsequente enfrentamento dos determinantes de sua saúde. Desta forma, compreende-se que a análise das condições de vida do indivíduo e a prática de atividade física são componentes importantes para a promoção da saúde e qualidade de vida.

Carneiro (2011, p. 65) afirma que os trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo.

As respostas dos entrevistados mostram que a Educação Física atualmente apresenta utilidades que podem ser benéficas à saúde das pessoas assistidas pelo SUS, de modo a oferecer uma melhor qualidade de vida por meio de práticas de exercícios físicos.

Nessa perspectiva, verifica-se que a presença do profissional de Educação Física na área da saúde é muito importante diante do aumento de doenças crônicas que

geralmente estão associadas à alimentação e a falta de atividade física.

Os entrevistados disseram que o município de Cariré não conseguiu habilitar uma equipe de profissionais de acordo com a exigência do NASF, de modo que não há atuação do profissional de Educação Física na equipe de trabalho. Eles disseram ainda que percebem a grande dificuldade em desenvolver ações sem este profissional no município.

Braz, Farani e Costa Filho (2011, p. 46) afirmam que o conhecimento produzido acerca da atividade física e saúde, poucas vezes é colocado e aplicado a serviço da sociedade. Para os autores a falta de conhecimento sobre a importância da Educação Física em saúde acaba por interferir na falta de interesse da população em cobrar das autoridades públicas a sua intervenção na ESF.

Alguns entrevistados relataram que haverá implantação do NASF no município e o educador físico é membro integrante da equipe multidisciplinar. Disseram também que o educador físico desenvolverá atividades na área específica articulada com as equipes de saúde da família nas diferentes áreas com as realidades locais.

Para Silva et al (2009, p. 64) os profissionais de Educação Física vem atuando junto à construção de um modelo de saúde integral e interdisciplinar para uma

abordagem de indivíduos e grupos nas suas várias dimensões.

Quanto à prática de exercícios físicos, no município são desenvolvidas atividades do Programa Saúde na Escola e atividades com grupos existentes nas equipes da ESF como gestantes, idosos, adolescentes, hipertensos e diabéticos. Para os entrevistados essas práticas são fundamentais, pois promovem uma melhor qualidade de vida à população local.

A integração do profissional de Educação Física na ESF possibilita a execução de um trabalho diferenciado segundo os entrevistados. Eles disseram que a incorporação do educador físico na ESF pode estimular a prática de atividades físicas, bem como, incentivar a criação e execução de grupos, desenvolver atividades voltadas ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas, pacientes acamados e cuidadores.

Alguns entrevistados responderam que o educador físico tem um papel estratégico no trabalho de grupo com a população, pois define critérios educacionais e físicos baseados na realidade local.

Portanto, em um contexto onde um número significativo de doenças está relacionado à alimentação e a diminuição ou falta de exercício físico, a incorporação do profissional de Educação Física na ESF é de fundamental importância para a promoção de um estilo de vida mais

saudável. O processo de trabalho da Educação Física é pensado por sua atuação em colocar o corpo biológico em movimento. Por movimentar o corpo, a educação física promete saúde. (FRAGA E WACHS, 2013).

A entrevista com os profissionais da ESF mostrou que a Educação Física é um excelente meio para ampliar ou reabilitar as capacidades físicas de grupos assistidos pelos profissionais de saúde no município.

4. CONCLUSÕES

Na ESF busca-se desenvolver um sistema de trabalho baseado na multidisciplinaridade visando oferecer à população, um atendimento integral em saúde. Os procedimentos adotados pelos profissionais que compõem a ESF tem o propósito de otimizar as condições de saúde dos indivíduos conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

A elaboração desta pesquisa permitiu aprofundar os conhecimentos acerca da importância da inserção do profissional de Educação Física no sistema de saúde pública. O saber-fazer, a trajetória dos profissionais da Educação Física na ESF é marcada por desafios e conquistas, revelando a importância da formação em serviço para a construção de novas práticas e saberes coerentes com as necessidades de saúde. (SILVA et al, 2009).

Em muitos municípios brasileiros a inserção do Educador Físico nas ESF tem sido um grande desafio em razão da falta de conhecimento acerca da importância de sua atuação para a saúde integral do indivíduo.

Com o desenvolvimento da pesquisa verificou-se que os profissionais da ESF que atuam no município de Cariré reconhecem a importância da participação do Educador Físico no contexto da saúde pública.

Para os entrevistados a atuação do profissional de Educação Física na ESF promove o desenvolvimento de um trabalho integral junto à população, oferecendo-lhe um atendimento em saúde baseado no bem-estar físico e mental, na recuperação e socialização de usuários de drogas e de outros pacientes.

Nessa perspectiva, os profissionais entrevistados reconhecem a necessidade de incorporar o Educador Físico em sua equipe para melhorar o trabalho já desenvolvido no município junto à população local, no sentido de oferecer um serviço de saúde baseado na criação de programas que buscam inserir os idosos, os dependentes químicos e a população em geral nas práticas corporais consideradas fundamentais à melhoria da qualidade de vida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Luís Rogério. **A constituição histórica da Educação**

Física no Brasil e os processo da formação profissional. IX Congresso Nacional de Educação (EDUCERE), outubro, 2009.

ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; GUTIERREZ, Gustavo Luis. **A regulamentação da profissão de Educação Física no Brasil:** aspectos legais. Revista Digital Bueno Aires. Ano 12, nº 118, março, 2008.

BONFIM, Ana Helena Araújo et al. **Comunicação e arte:** estratégias educacionais na saúde em Sobral-Ce. SANARE – Revista de Políticas Públicas, Vol. 7, n. 2, jun/dez, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAZ, Márcia Ribeiro; FARANI, Éril Emil Viana; COSTA FILHO, Adilson da. **Educação Física na estratégia Saúde da Família: ferramenta didática para os programas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.** Revista PRAXIS, ano III, nº 5, janeiro, 2011.

CARNEIRO, Rithianne Frota. **Promoção da Saúde:** conhecimento produzido pelas equipes de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. SANARE, Sobral, V.10, n.2, p. 64-70, jul./dez., 2011.

CARVALHO, Fábio Fortunato Brasil de. **Atividade física na perspectiva crítica de Promoção de Saúde:** por outra compreensão da Educação Física. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública). FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

CASTRO, Ione Maria Domingues de. **Direito à saúde no âmbito do SUS:** um direito ao mínimo existencial garantido pelo Judiciário? Tese (Doutorado) Faculdade de

Direito da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Competência profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Disponível em: www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf. Acesso em: 11/04/2013.

FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectiva de intervenção**. Disponível em: esporte.gov.br/arquivos/sndel/esporteLazer/cedes/EducacaoFisicaSaudeColetiva.pdf. Acesso em: 22/05/2013.

GRANJA, Gabriela Ferreira. **Equidade no SUS: uma abordagem da teoria fundamentada**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

PATRÍCIO, Alberto Allan Rodrigues. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal na população de Natal**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

PEDROSA, Olakson Pinto; LEAL, Andréa Fachel. **A inserção do profissional de Educação Física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil**. Movimento, Porto Alegre, v. 18, n. 02, p. 235-253, abr/jun de 2012.

PINTO, Vicente de Paulo Teixeira. et al. **Análise do processo de educação permanente para profissionais do SUS: a experiência de Sobral-Ce**. SANARE –

Revista de Políticas Públicas, Vol. 7, n. 2, jun/dez, 2008.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução: Ananyr Porto. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SILVA, André Luis Façanha da. et al. **Educação Física na atenção primária à saúde em Sobral-Ceará: desenhando saberes e fazeres integralizados**. SANARE, Sobral, vol. 8, nº 2, p. 63-72, dezembro, 2009.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis, et al. **Humanização da saúde: enfoque na atenção primária**. Contexto Enfermagem, Florianópolis, 16, (3): Julho/Setembro, 2007.

SOUZA, Renilson Rehem de. **O sistema Público de Saúde Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**. Disponível em: sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf. Acesso em: 08/04/2013.