



## **PROPAGANDO A ATIVIDADE FÍSICA**

### **PARTE 2: A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE E A INTER-RELAÇÃO COM A SAÚDE COLETIVA**

**Emanuel Péricles Salvador<sup>1</sup>**

Á área da Educação Física passa por um grande processo de expansão no Brasil, principalmente após o seu reconhecimento como área da saúde no ano de 1998 e com a criação do conselho Federal de Educação Física. Uma prova disso está no número de cursos de graduação existentes no país, tanto os cursos de licenciatura (mais de 750 cursos) quanto os cursos de bacharelado (mais de 500 cursos) (MEC). A atuação nas escolas, o serviço de academias, clubes, e atividades esportivas amadoras e profissionais são alguns dos exemplos de como a Educação Física se expandiu e também se tornou mais complexa. Entretanto, quando se diz respeito à Saúde Coletiva, a Educação Física se encontra defasada e com um papel muito pequeno se comparada com outras áreas de formação em saúde, como a medicina, nutrição ou a psicologia. Não se trata de desinteresse explícito desses profissionais com a Saúde Coletiva, mas, provavelmente, uma característica da grade curricular da graduação em Educação Física Bacharelado, com a ausência de disciplinas relacionadas à sociologia, filosofia, epidemiologia, atuação multiprofissional em saúde pública, todas essenciais a área da saúde coletiva. Quando se trata de saúde coletiva, a função do profissional de Educação Física não se restringe ao treinamento desportivo, atuação em academias ou atividade escolar (embora esses sejam os perfis predominantes dos profissionais de educação física), mas sim permitir aos indivíduos e grupos populacionais a oportunidade de experimentar, de perceber e ter a consciência e autonomia das diferentes práticas corporais que podem existir em cada situação e época da vida. Embora não seja provável a relação entre a baixa participação da Educação Física na saúde pública com os baixos valores encontrados de prevalência de atividade física como forma de lazer na população brasileira (VIGITEL), sabe-se que é essencial a presença do profissional de Educação Física que compreenda o seu papel na saúde coletiva a fim de buscar meios de modificar esse problema atual intitulado inatividade física e sedentarismo.

O perfil majoritário na formação dos cursos de Educação Física não encontra espaço dentro do contexto da Saúde Coletiva e, conseqüentemente, acaba gerando uma baixa participação destes futuros profissionais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi criado em 1990 e se fundamenta nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, na atenção básica à saúde e deve realizar ações individuais e coletivas, que englobam a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde, englobando as três governos (municipal, estadual e federal).

Em termos estruturais, o SUS propicia espaço para a atuação do profissional de Educação Física, embora de forma isolada e pontual, desde 1994 (em paralelo ao PSF e posteriormente ESF) mas, principalmente, pela implementação da Política

---

<sup>1</sup> Professor Adjunto do Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Maranhão / Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS/UFMA).  
Integrantes do Grupo de Pesquisa e Estudos Epidemiológicos da Atividade Física (GEPAF/USP).



Nacional de Promoção da Saúde em 2006 (PNPS, 2006) e pela criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008.

A PNPS teve como objetivo geral, “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes— modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006). No que diz respeito às práticas da atividade física, as metas específicas, naquele momento, foram realizar ações na rede básica de saúde e na comunidade, ações de aconselhamento e divulgação, ações de intersetorialidade, mobilização de parceiros e ações de monitoramento e avaliação. São exemplos de ação para atingir tais metas o mapeamento e apoio das ações de práticas corporais já existentes na comunidade, ofertar novas práticas para a comunidade total e seus grupos vulneráveis, preparação e capacitação de outros profissionais de saúde na promoção da atividade física, pactuar com os gestores do SUS ações voltadas para aumentar o nível de atividade física populacional, incentivar atuações intersetoriais na promoção da atividade física, desenvolver campanhas de divulgação para a promoção da atividade física, resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades, demais espaços públicos e no próprio ambiente de trabalho e articular os setores de ensino e pesquisa no monitoramento e avaliação dos programas de promoção da atividade física existentes.

Já o NASF tem como objetivo principal “apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde” (Brasil, 2014). O NASF possui nove áreas estratégicas de atuação e a atividade física é uma delas (denominada atividade física/práticas corporais).

A atuação do profissional de educação física no NASF se dá por meio da formação de uma equipe interdisciplinar composta por ao menos cinco profissionais com formação no ensino superior das áreas da saúde (profissional da educação física, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra, clínico geral e terapeuta ocupacional). Esses profissionais atuam no apoio de, no mínimo oito e no máximo de 20 equipes da saúde da família, o que significa que o profissional de Educação Física deverá estar preparado para atuar em um universo de dezena de milhares de usuários.

O profissional de Educação Física possui doze diretrizes específicas dentro do NASF (Brasil, 2014): 1. Fortalecer e promover o direito constitucional ao lazer; 2. Desenvolver ações que promovam a inclusão social e que tenham a integracionalidade, a integralidade do sujeito, o cuidado integral e a abrangência dos ciclos da vida como princípios de organização e fomento das práticas corporais/atividade física; 3. Desenvolver junto à equipe de SF ações intersetoriais pautadas nas demandas da comunidade; 4. Favorecer o trabalho interdisciplinar amplo e coletivo como expressão da apropriação conjunta dos instrumentos, espaços e aspectos estruturantes da produção da saúde e como estratégia de solução de problemas, reforçando os pressupostos do apoio matricial; 5. Favorecer no processo de trabalho em equipe a organização das práticas de saúde na atenção primária à saúde, na perspectiva da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; 6. Divulgar informações que possam contribuir para adoção de modos de vida saudáveis por parte da comunidade; 7. Desenvolver ações de educação em saúde reconhecendo o protagonismo dos sujeitos na produção e apreensão do



conhecimento e da importância desse último como ferramenta para produção da vida; 8. Valorizar a produção cultural local como expressão da identidade comunitária e reafirmação do direito e possibilidade de criação de novas formas de expressão e resistência sociais; **9. Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual**; 10. Conhecer o território na perspectiva de suas nuances sociopolíticas e dos equipamentos que possam ser potencialmente trabalhados para o fomento das práticas corporais/ atividade física; 11. Construir e participar do acompanhamento e avaliação dos resultados das intervenções e; 12. Fortalecer o controle social na saúde e a organização comunitária como princípios de participação políticas nas decisões que afetam a comunidade ou população local.

Em cada situação citada, a função do profissional de Educação Física está definida. Mas, se já há espaço institucionalizado (ao menos na teoria), quais motivos fazem da Educação Física um papel tímido no contexto da Saúde Coletiva? De maneira resumida, três aspectos que dificultam a inserção do profissional de Educação Física na saúde coletiva:

1-Atualmente, a maioria dos currículos das universidades enfatiza uma formação pautada em um conceito biomédico, com a presença maciça de disciplinas biológicas (como fisiologia, anatomia, aptidão física, aprendizagem de modalidades esportivas), reduzindo o uso de conhecimentos sociais, comportamentais, epidemiológico e multiprofissional na grade curricular, ou ainda, trabalhando dentro do contexto esportivo em busca do melhor desempenho. Além disso, a Educação Física também sofre uma forte influência do mercado de trabalho e da mídia, estimulando fortemente a atuação em academias, clubes ou em atividades com grande apelo dos meios de comunicação (atualmente as aulas de pilates, treinamento funcional, *crossfit* ou spinning, por exemplo). Uma das consequências dessa formação é que o profissional acaba atuando de uma forma reducionista, considerando somente os benefícios do exercício físico -atividade física sistematizada e estruturada com objetivo específico- como forma de combate ao sedentarismo e de promoção da atividade física, desconsiderando todas as outras formas de práticas corporais possíveis, as experiências anteriores de quem deseja ser mais ativo fisicamente, o local onde está inserido ou as características sociais das pessoas atendidas, além de considerar que a adesão em si a um novo programa será suficiente para trazer todos os benefícios e recuperar plenamente a saúde da pessoa, o que, infelizmente não é verdadeiro.

2 - A Educação Física trabalha com a promoção da saúde e da atividade física em uma perspectiva essencialmente individualizada. Os métodos de avaliação, prescrição e acompanhamento de quaisquer tipos de programas de atividades físicas são planejados de acordo com essa premissa ou, quando muito, em pequenos grupos (geralmente que possuem alguma doença).

Quanto ao aspecto da promoção de caráter individual, deve ser deixado claro que é importante essa forma de atuação e que ela também é trabalhada dentro da saúde pública, mas nenhuma área da saúde conseguiria atuar em toda a sociedade por meio de técnicas individuais de atendimento e a própria diretriz de atuação do profissional de Educação Física no NASF deixa claro: **Primar por intervenções que favoreçam a coletividade mais que os indivíduos sem excluir a abordagem individual**. Para exemplificar o caso, cita-se o exemplo da organização da Estratégia de Saúde da Família. A “menor unidade” de atendimento é a família cadastrada no programa. Ou seja, todos os profissionais de saúde deveriam considerar as características da família em seu domicílio para elaborar as propostas



de intervenção. Será que o profissional de Educação física foi preparado para atuar desta forma? Continuando esse raciocínio, cada equipe de saúde da família é responsável por até quatro mil pessoas em determinado área de atuação. E os NASF podem ser responsabilizados por até 69 mil famílias. Inclusive, dados do NASF apontam que existe 0,69 profissionais de Educação Física para cada 100 mil usuários (Benedetti, 2012). Como o profissional de Educação Física irá atuar para intervir dentro desse universo com milhares de pessoas? Prescrição individual, nesse caso, torna-se sem propósito algum.

3- A Educação Física deve trabalhar em propostas de intervenção considerando os mais diferentes fatores que influenciam na adesão e aderência aos programas. O profissional de Educação Física que deseja atuar na Saúde Coletiva precisa considerar que existem fatores individuais, sociais e ambientais agindo como barreiras ou estímulos para as práticas corporais ou exercício físico e que esses aspectos devem ser constantemente considerados. Uma pessoa que gosta de fazer atividade física possui uma abordagem de intervenção distinta da pessoa que alega não gostar. Os estágios de comportamento da teoria transteórica adaptada de Prochaska permitem elaborar diferentes formas de atuação do profissional de Educação Física. A teoria social cognitiva de Bandura é uma das teorias que permitem a reflexão de como fatores sociais externos podem ajudar a iniciar a prática de atividade física, mesmo considerando o sujeito como fundamental para se auto estimular. Porém, uma das teorias mais utilizadas para compreender os motivos que fazem as pessoas praticarem ou não praticarem atividade física e também como pensar em forma de intervenção em promoção da atividade física é o modelo comunitário de enfoque ecológico proposto por Sallis (2006). Esse modelo estabelece que as intervenções devam ser aplicadas em quatro domínios da atividade física (lazer, deslocamento, trabalho e doméstica) e que devem abranger tanto fatores individuais como ambientais. Os fatores individuais são representados pelas características demográficas, biológicas, psicológicas e de situação familiar e estão no primeiro nível ou centro do modelo. No segundo nível estão as variáveis ambientais percebidas como segurança, atratividade, conforto, percepção de crimes, instalações e conveniências. No terceiro nível estão as variáveis contextuais como as estruturas dos bairros, transporte, locais de trabalho, escolas, clima, topografia, espaços públicos abertos, qualidade do ar, redes sociais, capital social, unidades básicas de saúde, equipamentos e instalações para o lazer e recreação. No nível mais distante do indivíduo (quarto nível), estão as políticas, que devem subsidiar as variáveis contextuais do ambiente. Exemplos do quarto nível são os incentivos políticos para a saúde, subsídio de equipamentos de saúde e de lazer ou investimento em equipamentos públicos de lazer. De acordo com o modelo proposto, todos os níveis que influenciam a resposta para a prática de atividade física devem ser considerados.

Mesmo que o profissional de Educação Física não tenha possibilidade de atuar em todos os níveis deste modelo teórico (o que sempre acontece), ele deve estar ciente dessa situação. Além de perceber que a prática de atividade física não se restringe ao exercício físico e que muitos fatores influenciam na adoção de quaisquer tipos de atividade física, o modelo ecológico evidencia uma necessidade que, na Saúde Coletiva, está claro: as mudanças de diferentes hábitos e estilos de vida não ocorrem de forma compartimentalizada e isolada. Consequentemente, os profissionais de saúde não deveriam atuar sem o diálogo e a troca de experiências com outros profissionais que atuam na Saúde Coletiva, devendo trabalhar de forma multiprofissional. Se a adesão e a aderência da prática de atividade física sofrem



influência do conhecimento adquirido sobre atividade física, da percepção de segurança na comunidade, de maior suporte social e de presença de locais para a prática de atividade física, parece claro que os profissionais de Educação Física, gestão pública e serviço social, por exemplo, deverão se responsabilizar por um objetivo comum: propiciar um ambiente positivo para que a comunidade tenha oportunidade de praticar atividade física, seja ela qual for, de acordo com os interesses, necessidades e características locais.

Apresentando os problemas e limitações da Educação Física na Saúde Pública, é necessário apontar caminhos tomados e outros que precisam evoluir para essa importante área da saúde encontrar o seu espaço. Dentre os pontos importantes, se destacam:

- 1- A Educação Física tem como objeto de estudo algo inerente ao ser humano, a expressão corporal. Embora muitos profissionais argumentem que a atividade física é ferramenta importante para prevenir doenças, a prática de atividade física é prazerosa, não se limita a uma forma de medicalização do corpo, logo, a promoção da atividade física precisa ser mais ampla, objetivando o prazer natural das expressões corporais em diferentes momentos da vida. Mas para isso, o próprio conceito de atividade física, exercício físico e práticas corporais devem ser melhor compreendidas pelos profissionais de educação Física (Salvador, 2015).
- 2- Como explicado anteriormente, muitos fatores influenciam a prática de atividade física, fatores que devem ser considerados quando objetivo é promover a atividade física dentro do contexto da saúde coletiva. Logo, algumas características são necessárias para a melhor atuação do profissional de educação física: atuar de forma interdisciplinar e multiprofissional, atender o usuário de forma mais humanizada, acolhedora, buscando saber as experiências e necessidades e demandas de atendimento, inclusive por meio do matriciamento.
- 3- Acima de tudo, pensar a promoção da saúde por meio de atividade física/práticas corporais de maneira mais ampla, não apenas com a prática de exercício físico ou esporte, de maneira epidemiológica e individual. Embora existam intervenções de enfoque ecológico, como o Agita São Paulo, Curitiba e Academia da Saúde (este já adotado pelo ministério da saúde como programa federal), há carência de profissionais que sabem avaliar e intervir dentro do contexto populacional ou considerando as características do SUS (humanização, atendimento integral, atuação multiprofissional e a organização do NASF, da ESF e a PNPS).
- 4- Reforma curricular que atenda as expectativas das áreas da saúde que se propõe a atuar na saúde pública. Maior presença de disciplinas como epidemiologia, organização e gestão do SUS, sociologia, atenção básica em saúde, saúde pública e estágios dentro da estrutura do SUS, além de um número maior de cursos de pós graduação ou estágios multiprofissionais na saúde pública com a presença de estudantes e docentes de Educação Física.
- 5- Aumento da publicação de estudos científicos da Educação Física em periódicos da área de Saúde Pública, ou ainda, um periódico com maior impacto científico relacionando a educação física e saúde pública. Atualmente, o periódico científico RBAFS vem publicando estudos na área de saúde pública e está na tentativa de conseguir indexação na base de dados Scielo.



## CONCLUSÃO

A Educação Física tem como grande desafio: cumprir o seu papel como área que promove a melhora da saúde da população por meio das práticas corporais/atividade física. Não somente pensando na diminuição da prevalência de inatividade física que se encontra em 70% da população brasileira, não apenas usando como recursos a elaboração de programas estruturados e supervisionados de exercício físico. Mas pensando que a oportunidade de praticar atividade física é mais que um direito (Brasil, 2013), é algo natural, inerente e prazeroso para todas as pessoas, que a atividade física é democrática e não precisa seguir influências econômicas e de mídia para demarcar território, que as áreas esportivas e do fitness fazem parte da educação física, assim como a escola, a promoção da atividade física no ambiente corporativo e, com toda a certeza, como a saúde pública. Que o SUS, considerado o maior sistema público de saúde mundial, atende atualmente mais de 120 milhões de brasileiros e que a Estratégia de Saúde da Família atende a mais de 60% da população brasileira, precisam de profissionais preparados para promover a atividade física em toda a população e sub populações, com costumes, necessidades e características distintas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A.: Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol*, 52:1-26, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, & de Moraes Neto, O. L. (2007). *Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Ministério da Saúde.

Brasil. Constituição Brasileira. Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM: Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985;100:126-131.

Hoffman, S. J. *Introduction to kinesiology: studying physical activity*: Human Kinetics Publishers. 2000



Prochaska JO, DiClemente CC: Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult ClinPsychol* 1983;51:390-395.

Sallis JF, Cervero RB, Ascher W, Henderson KA, Kraft MK, Kerr J: An ecological approach to creating active living communities. *Annu Rev Public Health* 2006;27:297-322.

Salvador EP. Propagando a atividade física parte 1: entendendo os conceitos para ampliar sua promoção na atenção básica. *Revista Corpoconsciência*, Santo André, vol. 18, n. 1, p. 02-06, jan/jun 2015.

Santos, S., & Benedetti, T. R. B. (2013). Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 17(3), 188-194.