

# CONTRIBUIÇÃO PARA O ENTENDIMENTO EPISTEMOLÓGICO EM PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Cassio Hartmann<sup>1</sup>

Gabriel César Dias Lopes<sup>2</sup>

Fábio da Silva Ferreira Vieira<sup>3</sup>

Bensson V. Samuel<sup>4</sup>

## RESUMO

Disseminar e falar sobre Processos de Trabalho em Serviços de Saúde em saúde coletiva com ênfase em Educação Física é um grande desafio do presente artigo, uma vez que, sabe-se que existem poucos estudos sobre o mesmo e que foge ao que é conhecido e normal, e que teve como pretensão quebrar paradigmas, que possam assim, suprir positivamente a uma carência ou até mesmo a vacuidade dos profissionais de Educação Física que atuam na saúde coletiva. Este processo, esta intimamente ligado com a confirmação de um método dentro da “ergomotricidade e ludoergomotricidade”, onde sugerir mudanças e variações em métodos de avaliação já propostos gera mudança e variação em paradigma, e isto terá inferência na ordem instituída, mas que não imutável.

**Palavras-chaves:** Epistemologia, Processos de Trabalho em Serviços de Saúde, Educação Física.

---

<sup>1</sup>Professor de Educação Física SEM FRONTEIRAS DA FIEP-BRASIL / Delegado Nacional Adjunto da Federação Internacional de Educação Física FIEP / Secretario e Imortal da ABEF – Academia Brasileira de Educação Física / Conselheiro CREF 19AL / Professor de Educação Física do Instituto Federal de

Alagoas/IFAL e doutorando em saúde coletiva com ênfase em Educação Física E-mail: [cassiohartmann04@gmail.com](mailto:cassiohartmann04@gmail.com)

<sup>2</sup> Prof. Dr. Gabriel C. D. Lopes, PhD Professor e Orientador Doutor em Educação / PhD em Psicanálise Clínica Presidente da LUI – Logos University Int. Professor / Membro Imortal da ABEF – Academia Brasileira de Educação Física – E-mail: [president@unilogos.education](mailto:president@unilogos.education)

<sup>3</sup> Professor Coorientador / Doutor em Ciências do Movimento Humano / Mestre em Educação Física / Especialista em Fisiologia do Exercício / Delegado Adjunto da Federação Internacional de Educação Física FIEP-PR. E-mail: [vieira.fsf@gmail.com](mailto:vieira.fsf@gmail.com)

<sup>4</sup> Professor de Ciências e Médico / Bacharel em Medicina Poznan University of Medical Science, Poland/ Bacharel em Ciências Médicas e Laboratoriais (Cito-Tecnologia) University of Connecticut, Storrs, CT, USA / Especialista em Clínica Geral Queen Mary University / Especialista em Urgência e Emergência Medvarsity-Apollo Hospital / Doutorado em Liderança e Gestão Estratégica London School of Internation Business / Doutorado PhD: Pan-American University - Health Care Management / Doutorado PhD: Swiss Open University in Economics. E-mail: [besson123@yahoo.com](mailto:besson123@yahoo.com)

## **ABSTRACT**

Disseminating and talking about Work Processes in Health Services in public health with an emphasis on Physical Education is a great challenge of this article, since, it is known that there are few studies on the same and that it differs from what is known and normal, and whose intention was to break paradigms, which can thus supply positively to a lack or even the vacuity of Physical Education professionals working in public health. This process is closely linked with the confirmation of a method within the “ergomotricity and ludoergomotricity”, where suggesting changes and variations in evaluation methods already proposed generates change and variation in paradigm, and this will have an inference in the instituted order, but not immutable.

**Keywords:** Epistemology, Work Processes in Health Services, Physical Education.

## **RESUMEN**

Difundir y hablar sobre Procesos de Trabajo en Servicios de Salud en salud pública con énfasis en Educación Física es un gran desafío de este artículo, ya que, se sabe que existen pocos estudios sobre los mismos y que está más allá de lo conocido y normal, y cuya intención fue romper paradigmas, que así puedan suplir positivamente la carencia o incluso la vacuidad de los profesionales de la Educación Física que trabajan en salud pública. Este proceso está estrechamente ligado a la confirmación de un método dentro de la “ergomotricidad y ludoergomotricidad”, donde sugerir cambios y variaciones en los métodos de evaluación ya propuestos genera cambio y variación de paradigma, y esto tendrá una inferencia en el orden instituido, pero no inmutable.

**Palabras clave:** epistemología, procesos de trabajo en los servicios de salud, educación física.

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo considera, como conjuntos de características, Processos de Trabalho em Serviços de Saúde Coletiva com ênfase em Educação Física.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo, foi o autor que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde, a partir da análise do processo de trabalho médico (PEDUZZI & SHARAIBER, 2020).

Questões bem atuais referentes ao processo de trabalho em saúde abordam as mudanças do mundo do trabalho que se iniciam em meados dos anos 70 e suas repercussões no setor saúde, particularmente: a crescente incorporação tecnológica, o desemprego estrutural, a flexibilização e precarização do trabalho, entre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho em geral e se reproduzem no setor saúde com especificidades (PEDUZZI, 2003; NOGUEIRA, BARALDI & RODRIGUES, 2004; ANTUNES, 2005).

Segundo Marx (1994), no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1979, 1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico.

Segundo o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS – é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país.

Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde.

A estrutura organizacional e as diretrizes sanitárias do SUS no Brasil, foram inspiradas, em grande parte, nas políticas de bem-estar social de vários países, como citado no primeiro parágrafo da introdução (AGUIAR, 1998; VIANA & DAL POZ, 2005; CONILL, 2008; SILVEIRA, 2008; ALBUQUERQUE & MELO, 2010; BONET, 2014).

A composição de cada um dos Núcleos da Saúde da Família - NASF é definida pelos gestores municipais, seguindo os critérios de prioridade identificados a partir dos dados epidemiológicos e das necessidades locais e das equipes de saúde que serão apoiadas.

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os Municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica.

## **2 ENTENDIMENTO EPISTEMOLÓGICO EM PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE COM ÊNFASE EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Neste estudo agregou-se valor a questão de Processos de Trabalho em Serviços de Saúde Coletiva com ênfase em Educação Física e que teve como pretensão quebrar paradigmas, que possam assim, suprir positivamente a uma carência ou até mesmo a vacuidade dos profissionais de Educação Física que atuam na saúde coletiva.

A necessidade a ser atendida, está em consonância com a busca do conhecimento científico que segundo Sergio et. al., (1999):

O aspecto histórico, evolutivo da produção dos conhecimentos científicos é acima do mais um processo de transformação social e de criação cultural onde a des-construção das idéias reflecte e projecta a des-construção lúcida e corajosa que se processa na sociedade toda.

Os mesmos autores Sergio et. al., (1999), citam que a ciência tem como diferença entre as demais formas de conhecimento, a validade do método e que alguns momentos se não houver a flexibilidade, que, diga-se de passagem, deveria ser uma das características do cientista, não condiz com o ritmo sustentado da “evolução e revolução em que a sociedade se desenvolve.” Pedro Demo citado por Sergio & Cols. (1999): “Nada prejudica mais uma teoria do que a necessidade obsessiva de a manter, a teoria que carece de defesa já está em declínio”.

Segundo Sergio, Rosário, Feitosa, Alma, Vilela & Tavares (1999):

A relação entre o conhecimento e a práxis é tão íntima que (...) não há afirmação ontológica do Ser humano, sem a indissociabilidade do ser e do pensar. Sem conteúdo teórico, não há práxis ou, como diria Lenine, sem teoria revolucionária, não há movimentos revolucionários.

E ainda de acordo com Sergio (1999) citando Bertolt Brecht (1929), na prática tem que se dar um passo de cada vez, a teoria tem de conter a marcha toda. Portanto o objeto teórico e formal desta pesquisa está concentrado nos profissionais de Educação Física que atuam na saúde coletiva, mas com a intencionalidade de que os processos de trabalho em serviços de saúde possam ter, influência direta e indireta sobre a compreensão fenomenológica e axiológica dos aspectos motrizes da saúde coletiva. Pretende-se que tal compreensão gere uma explicação fenomênica, que por sua vez, traria o que é “ao acaso”, senso comum para o conhecimento epistemológico, gerando então prescrição e previsão dentro de um ciclo hermenêutico.

Sergio et. al., (1999, p. 15),

O problema crucial do nosso tempo é o da necessidade de um pensamento apto a responder ao desafio da complexidade do real, isto é captar as ligações, interações e implicações mútuas, os fenômenos multidimensionais, as realidades que são ao mesmo tempo solidárias e conflitivas.

A mudança de um paradigma vai contra o institucional e normal, Bachelard citado por Sergio et. al., (1999): “Não há verdades primeiras, só existem erros primeiros, e é no reconhecimento desses erros que a ciência recomeça.”

Para os profissionais da área de saúde, o termo saúde coletiva é análogo ao conceito de processos de trabalho em serviços de saúde, permitindo que se de um caráter mais amplo à sua utilização, proporcionando-lhe assim, um maior espectro de informações de suas características, transcendendo para as tendências e agregando valores, do Ser do homem, de sua corporeidade, de seu comportamento motor e de sua conduta motora em programas de saúde coletiva, seja na ação primária, secundária ou terciária.

Os programas NASF E PSF – PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA estão inseridas, por definição na ergomotricidade e ludoergomotricidade, que são a conduta motora e o comportamento motor, observado e controlado sob o ângulo do rendimento e da eficiência, Manoel Sérgio (1994).

Em relação ao constructo de desenvolvimento motor, que engloba na realidade, muito mais do que somente a solução de um problema específico, mas todo uma estruturação deste constructo, Beresford (1999), que cita M. Merleu-Ponty e José Ortega Y Gasset:

Ser como uma instância repleta de todas as possibilidades do Ser, onde tudo é ou pode ser tais possibilidades e realidades são baseadas na plenitude concreta e radical da vida do homem, onde no desenrolar de tais vivências, o Ser é pelo homem nela inserido. (BERESFORD, 1999).

Evidentemente, a observação de aspectos mais abrangentes, relacionados à motricidade humana, foi a característica fundamental deste estudo, sendo isto uma questão de valorar uma linha de atitudes. Se há valor é por existir a necessidade de valorar algo e vice-versa. Tanto o objeto cognoscível, quanto o Ser cognoscente são capazes de possuir este valor, a diferença talvez esteja na relação de aplicável ou aplicação e aplicador, e ainda na intencionalidade da observação.

Como valorar algo se não há a necessidade de ser valioso, e ainda que se tenha a percepção desta necessidade. A referência de valor e valioso, pede uma metodologia de observação, sem a qual não poderia ser aplicada uma sistematização

de critérios, não se pode valorar algo que não se tenha uma razão de existir para o observador de um fenômeno.

O homem dá ao valor um significado real, o que era abstrato passa a ser palpável, mas a recíproca pode não ser verdadeira, já que, o valor é uma atribuição e não uma constante. Beresford (1999), ao citar Macedo, Scheler e Hartmann, afirma que um valor não pertence à ordem do Ser e sim à ordem do valor, demonstrando-se assim não fosse, o “caos” estaria instituído. Uma informação só será valiosa, desde que seja útil, parece ter um caráter individual, mas, entretanto, não se pode esquecer que a geração desta informação não se restringe a somente um único indivíduo, mas a comunidade, como bem comum, o que diferencia sua utilização é o valor que se atribui a ela.

O valor, passa a ser um instrumento de fundamental importância em um estudo, não por dar a qualidade, mas por ser a qualidade, ou ainda não é simplesmente necessário, mas a própria necessidade. A identificação, do valor de um estudo, é na realidade a sua práxis, fazendo o conhecimento girar em um ciclo hermenêutico.

Este processo está intimamente ligado com a confirmação de um método dentro da “ergomotricidade e ludoergomotricidade”, onde sugerir mudanças e variações em métodos de avaliação já propostos gera mudança e variação em paradigma, e isto terá inferência na ordem instituída, mas que não imutável. O estabelecimento de um método é próprio de uma necessidade, devendo atender a mesma e suas especificidades, não ficando congelada a somente um método, pois este método pode não ser o mais apropriado, ou pode haver a necessidade da experimentação de variações e mudanças.

Cabe lembrar que o método está baseado, na sua praticidade, aplicabilidade e principalmente estar de acordo com os princípios e pressupostos científicos. Por este motivo é de suma importância que o profissional de Educação Física que atua com a saúde coletiva, atenda a esta especificidade, aonde constitui-se em método aceitável e de acordo, tanto com os objetivos como a ciência a qual está inserido.

Sendo assim, este estudo está inserido no Doutorado em Saúde Coletiva com Ênfase em Educação Física e Ciência da Motricidade Humana, respeitando a linha de pesquisa “Promoção e Prevenção em Saúde”.

### **3 PROCESSOS DE TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Para (PEDUZZI & SHARAIBER, 2020) o conceito 'processo de trabalho em saúde' diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores / profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde.

O trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza, visto que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e pela intencionalidade e finalidade que imprime ao trabalho. Portanto, o trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios. Todo trabalho produz algo que tem utilidade e pode ser trocado por outros produtos necessários (PEDUZZI & SHARAIBER, 2020).

O trabalho é, portanto, uma transformação não só de objetos, mas do próprio trabalhador, e, nesse sentido, um movimento dialético de exploração/alienação e de criação/emancipação (ANTUNES, 1995, 1999, 2005).

Embora o conceito de processo de trabalho em saúde tenha sido desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico desde o início dos anos 80, passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde (PEDUZZI & SHARAIBER, 2020).

Dentre estes, destaca-se a área de enfermagem que inicia a análise do processo de trabalho de enfermagem com a tese de Doutorado de Maria Cecília Puntel de Almeida, de 1984 (ALMEIDA & ROCHA, 1986), seguida de várias outras pesquisas com esta abordagem até a atualidade.

Ainda para (PEDUZZI & SHARAIBER, 2020) o estudo do processo de trabalho em saúde representou desde sua origem e continua representando importante abordagem teórico-conceitual para as questões sobre recursos humanos em saúde.



Segundo Nogueira (2002), a noção clássica de trabalho e de processo de trabalho constitui relevante categoria interpretativa nos estudos sobre recursos humanos em saúde. Nesse sentido, destaca-se o Projeto Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU – implantado em 1987, que, em sua primeira unidade didática, previa a caracterização da problemática de recursos humanos de saúde como parte do processo produtivo do setor saúde, em especial, como processo de trabalho (SANTANA & CASTRO, 1999).

A partir dos anos 90, um conjunto de questões novas estabelece um divisor de águas para a reflexão e pesquisa sobre o processo de trabalho em saúde: por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais (NOGUEIRA, 2002). No que se refere especificamente ao cuidado em saúde, destacam-se as contribuições do estudo sobre o trabalho vivo em ato (MERHY, 1997, 2002; MERHY & CHAKHOUR, 1997) e sobre a intersubjetividade e a prática dialógica (AYRES, 2001, 2002).

Assim, na atualidade, o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas. Também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho (PEDUZZI & SHARAIBER, 2020).

#### **4 MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF BRASILEIRA.**

A partir da década de 1980, a Reforma Sanitária teve por objetivo realizar uma ampla transformação do sistema de saúde e contribuiu de maneira decisiva para a reformulação das políticas de saúde brasileiras. Tal processo culminou com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde, legitimado por meio da Lei nº 8.080/90, e reafirmou a “saúde como direito de todos e dever do Estado”.

Costa, Pontes e Rocha (2006) fundamentados na premissa de que a produção de saúde é determinada socialmente, o SUS foi instituído como estratégia para garantir atendimento integral e cobertura universal, de forma descentralizada.

Pode-se dizer, que com a criação do SUS, houve a preconização das condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e incorporou, no art. 198 da Constituição Federal, diretrizes que devem obedecer a 13 princípios, expressos no art. 7º da Lei nº 8.080/90.

**1- Universalidade:** todos os indivíduos têm direito à saúde, em todos os níveis de assistência, por meio de serviços de saúde e políticas econômicas e sociais.

**2- Integralidade:** assistência curativa aliada à prevenção de doenças e à promoção da saúde, o que envolve todos os níveis de complexidade do sistema.

**3- Autonomia:** toda pessoa deve ter sua autonomia preservada na defesa da sua integridade física e moral.

**4- Equidade:** todo cidadão é igual perante o SUS, sem privilégios de qualquer espécie, devendo ser atendido segundo as suas necessidades.

**5- Informação:** toda pessoa assistida tem direito à informação sobre sua saúde.

**6- Divulgação sobre os serviços:** as informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelos usuários devem ser divulgadas.

**7- Utilização da Epidemiologia:** as informações epidemiológicas devem ser usadas a fim de que se estabeleçam prioridades, se aloquem recursos e se realize orientação programática.

**8- Participação Popular:** gestão participativa das políticas de saúde, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde.

**9- Descentralização:** os serviços de saúde estão estruturados de acordo com os níveis de administração pública, com ênfase na esfera local e abrangendo os princípios da Regionalização – os serviços de saúde estão organizados conforme a sua especificidade.

**10- Hierarquização** – os serviços de saúde são organizados segundo a sua complexidade.

**11- Integração:** as ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico estão integradas em nível executivo.

**12- Conjugação de Recursos:** os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios estão conjugados na prestação dos serviços de assistência à saúde.

**13- Resolubilidade:** capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Entretanto os 13 princípios que foram incorporados na Constituição Federal, expressos no art. 7º da Lei nº 8.080/90 não condiz com a prática, uma vez que o estado deveria investir mais na saúde, um exemplo atual é a pandemia, o número de infectados no Brasil e a quantidade de exames que ficou muito abaixo da média esperada que foram realizados na população brasileira para detectar o COVID 19 e aonde a população de menor renda é que foi a mais afetada por falta de planejamento de como prevenir a infecção nos respectivos estados e municípios.

#### **4.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE**

A partir da década de 1990, a família e a comunidade adquirem mais importância para a reorganização da assistência à saúde e algumas estratégias, focadas na prevenção de doenças e na promoção da saúde na esfera comunitária, são implantadas.

Em 1991, é criado o PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde – visando diminuir as mortalidades infantil e materna, por meio do acesso a serviços de saúde nas regiões mais pobres do país (VIANA & DAL POZ, 2005).

A ampliação do PACS se deu, em 1994, com a criação do PSF, que promoveu a valorização do território, o estabelecimento de vínculos estreitos com a população, o trabalho em equipes multidisciplinares, a promoção da saúde por meio de ações intersetoriais e o estímulo à participação comunitária, entre outros aspectos. Após

avançar em todas as regiões do país, o PSF reorienta o modelo assistencial, fundamentando na atenção básica e constituindo-se como eixo ordenador da saúde no Brasil.

Ao se tornar o braço auxiliar na implantação do SUS e na organização dos sistemas locais de saúde, o PSF deixa de ser um Programa para ser definido como Estratégia Saúde da Família (VIANA & DAL POZ, 2005).

Na ESF, a Unidade de Saúde da Família está inserida no nível primário de ações e serviços do sistema local de saúde, caracterizando-se por ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada do sistema de saúde. Pelos princípios da integralidade e da hierarquização, a Unidade deve assegurar a referência e a contrarreferência de informações em saúde para os demais níveis do sistema (secundário ou terciário), sempre que se fizer necessária uma maior complexidade tecnológica.

A Portaria nº 2.488, de 2011, estabelece que a Equipe de Saúde da Família deve ser multiprofissional e composta por, no mínimo, médico generalista ou médico de família, enfermeiro, professor de educação física, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, em número suficiente para cobrir toda a população cadastrada. Cada agente deve ser responsável por, no máximo, 750 pessoas, a fim de realizar cadastramentos domiciliares, ações educativas, atividades de promoção da saúde e de prevenção de doenças, entre outras atribuições.

As Equipes devem ter responsabilidade sanitária pelos seus territórios de referência e as suas funções são distribuídas entre visitas domiciliares, ações programáticas e atendimentos no consultório pelo médico e pela enfermeira. Além disso, a Portaria nº 2.488/11 determina que o trabalho deve ser desenvolvido com o suporte dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), criados com a finalidade de aumentar a abrangência e a eficácia das iniciativas de atenção primária.

As equipes do NASF são formadas por profissionais de nível superior de diferentes áreas e atuam sobre demandas identificadas pelas Equipes Básicas de Saúde, mas não estão organizados como serviços com unidades físicas independentes. As ações de apoio desenvolvidas pelo NASF abrangem discussões de casos.

De acordo com a Portaria nº 648, de 2006, as Equipes de Saúde Bucal trabalham integradas a uma ou duas Equipes de Saúde da Família, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território, aos quais está vinculada. As Equipes de Saúde Bucal devem ter, basicamente, cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, sendo que, em casos específicos, pode ter técnico de higiene dental.

#### **4.2 RELAÇÃO PÚBLICO - PRIVADO**

Conforme o art. 199 da Constituição Federal de 1988, as instituições privadas podem participar do SUS, de forma complementar, seguindo as diretrizes deste. Mais tarde, a fim de regulamentar a atuação dos planos privados de saúde, a Lei nº 9.565, de 1998, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deve controlar, avaliar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.

No Brasil, a iniciativa privada tem liberdade para dar cobertura aos mesmos serviços de saúde cobertos pelo SUS e, na prática, têm grande abrangência, principalmente, no que se refere à atenção ambulatorial.

A Lei nº 8.080/90 também estabelece que o SUS pode celebrar convênios ou contratos de direito público com a iniciativa privada, a fim de garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, quando as disponibilidades do SUS forem consideradas insuficientes. Nesses casos, as entidades filantrópicas e as entidades sem fins lucrativos têm preferência.

#### **5 PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS PROGRAMAS EM SAÚDE COLETIVA**

O profissional de Educação Física pode atuar como autônomo em instituições como em órgãos públicos e privados de prestação de serviços que envolvam a atividade física ou o exercício físico, incluindo aquelas responsáveis pela atenção básica a saúde, onde poderá atuar nos três níveis de intervenção (primária,

secundária e terciária), dependendo das necessidades do indivíduo e do grau de competência do profissional (HARTMANN & LOPES, 2020).

Entende-se por intervenção primária, qualquer ato destinado a diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos.

A intervenção secundária busca diminuir a prevalência de uma doença numa população reduzindo sua evolução e duração, exigindo diagnóstico precoce e tratamento imediato.

A intervenção terciária visa diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências funcionais consecutivas a doença já existente, permitindo uma rápida e melhor reintegração do indivíduo na sociedade, com aproveitamento das capacidades remanescentes.

O profissional de Educação Física, nos programas de atenção básica à saúde deverá ser capaz de desenvolver ações compatíveis com as metas traçadas pelos órgãos responsáveis.

Este profissional atuará avaliando o estado funcional e morfológico dos beneficiários, estratificando e diagnosticando fatores de risco a saúde, prescrevendo, orientando e acompanhando exercícios físicos, tanto para pessoas consideradas “saudáveis”, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de doenças, quanto para grupos de portadores de doenças e agravos, atuando diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco.

Cabe-lhe, também, disseminar no indivíduo e na comunidade a importância da prática de atividades físicas com base em conhecimentos científicos, desmistificando concepções equivocadas.

Atribui-se ao profissional de Educação Física as competências e habilidades para diagnosticar, planejar, organizar, supervisionar, coordenar, executar, dirigir, assessorar, dinamizar, programar, desenvolver, prescrever, orientar, avaliar, aplicar métodos e técnicas motoras diversas, aperfeiçoar, orientar e ministrar sessões específicas de exercícios físicos ou práticas corporais diversas (CONFEF 2002, apud HARTMANN & LOPES, 2020).

O profissional de Educação Física pode intervir no Programa Saúde da Família (PSF) tanto para orientar sobre a importância de hábitos de vida ativa, quanto para

promover e estimular a adoção de um estilo de vida ativo, contribuindo para minimizar os riscos de doenças crônicas não transmissíveis e os agravos delas decorrentes.

Partindo desse pressuposto, cabe ao profissional de Educação Física, junto ao (NASF) e em outros espaços de intervenção, desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, objetivando a prevenção e promoção da saúde por meio de práticas corporais, cabendo-lhe, especificamente:

1) Proporcionar educação permanente por meio de ações próprias do seu campo de intervenção, juntamente com as ESF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento e supervisão, discussão de casos e métodos da aprendizagem em serviço;

2) Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertencimento social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte, das práticas corporais de qualquer natureza e do lazer ativo;

3) Promover ações ligadas aos exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção junto aos órgãos públicos e na comunidade;

4) Articular parcerias com setores da área administrativa, junto com a ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção;

5) Promover eventos que estimulem e valorizem a prática de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de intervenção, objetivando a saúde da população.

Para Hartmann & Lopes (2020) as atividades ou exercícios físicos e práticas corporais devem ser desenvolvidas priorizando-se a inclusão de toda a comunidade, envolvendo não só as populações saudáveis, mas também aquelas com agravos manifestos da saúde ou mesmo em situação de maior vulnerabilidade.

Os profissionais de cada núcleo, em conjunto com a ESF e a comunidade, devem identificar as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas com cada área contemplada no programa.

Considerando as exigências de qualidade para intervir na área da saúde, desenvolvendo programas de exercícios/atividades físicas próprias do seu campo de atuação, o profissional de Educação Física deve estar apto para as seguintes intervenções, dentre outras:

- 1) Aferir e interpretar os resultados de respostas fisiológicas durante o repouso e durante o exercício;
- 2) Coletar dados e interpretar informações relacionadas com prontidão para a atividade física, fatores de risco, qualidade de vida e nível de atividade física;
- 3) Aplicar escalas de percepção subjetiva do esforço;
- 4) Manusear ergômetros (esteira, ciclo ergômetro, etc.) e equipamentos utilizados em programas de exercício físico;
- 5) Manusear equipamentos usados para avaliação de parâmetros fisiológicos específicos;
- 6) Conhecer, aplicar e interpretar testes de laboratório e de campo utilizados em avaliação física;
- 7) Realizar testes de avaliação postural e de avaliação antropométrica;
- 8) Prescrever exercícios físicos baseados em testes de aptidão física, desempenho motor específico, avaliação postural, índices antropométricos e na percepção subjetiva de esforço;
- 9) Trabalhar em equipe multiprofissional.

Para aplicação de avaliação física o profissional de Educação Física deve apresentar domínio de conhecimento em protocolos de testes e suas adequações de acordo com aptidão cardiorrespiratória do avaliado; indicações e contra-indicações para realização de testes; indicações de interrupção de testes; preparo de pacientes para a realização de testes; funcionamento de equipamentos; fisiologia do exercício e das respostas hemodinâmicas e respiratórias ao exercício físico; princípios e detalhes da avaliação, bem como os objetivos a serem atingidos.

Segundo Nunes (1998) há, portanto, a possibilidade de se estudar a Saúde Pública/Coletiva tentando periodizá-la, lembrando que as práticas que emergem nesses períodos não podem ser desarticuladas de inúmeros fatores.



A Promoção da Saúde é um campo do conhecimento ainda recente na história da Saúde Pública e ao mesmo tempo encontra-se em plena evolução com várias pesquisas que tentam desvendar suas inovações e aplicações através de vários experimentos em saúde nas mais variadas populações (MELLO et al., 2014; HARTMANN et al., 2020).

Segundo Hartmann et al., (2020) a atuação nas ações de promoção da saúde está mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado.

Com a inclusão permanente do professor de Educação Física, específica para atuação na Saúde, passa a integrar, de forma mais clara e objetiva as equipes dos Programas de Atenção Básica do SUS, bem como, possibilita a inclusão na Tabela de Prestação de Serviços com o novo código: 2241-40 publicado no dia 17 de fevereiro de 2020.

A inclusão da classificação número 2241-40 – Profissional de Educação Física na Saúde, a descrição primária foi ampliada com a seguinte informação: Coordenam, desenvolvem e orientam, com crianças, jovens e adultos, atividades físicas e práticas corporais. Ensinam técnicas desportivas; realizam treinamentos especializados com atletas de diferentes esportes; instruem-lhes acerca dos princípios e regras inerentes a cada um deles; avaliam e supervisionam o preparo físico dos atletas; acompanham e supervisionam as práticas desportivas. Estruturam e realizam ações de promoção da saúde mediante práticas corporais, atividades físicas e de lazer na prevenção primária, secundária e terciária no SUS e no setor privado e requer formação superior em Educação Física (Bacharelado), com registro no Conselho Regional de Educação Física”.

Atualmente vários profissionais de Educação Física que estão em cargos de gestão, seja na esfera Federal, Estadual, Municipal ou no respectivo conselho de classes Sistema CONFED/CREFs (CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA E CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA) fazem a interlocução da atividade física com o Ministério da Saúde (HARTMANN et al., 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo, foi apresentado o modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil, assim como as principais características e o envolvimento do professor de Educação Física nos programas NASF – NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E PSF – PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA, já é sabido que desde 2008 o profissional de Educação Física é Incluído nas Equipes de Saúde da Família, que em 2013 – foi criado o Código Provisório 2241-E1 pelo Ministério da Saúde, para o profissional de Educação Física, mas em 17 de fevereiro de 2020, é inserido o código definitivo com o código 2241-40.

Em 2013 o Conselho Nacional de Saúde - CNS juntamente com a CBO torna o Código obrigatório para profissionais na Academia da Saúde e com a publicação da Lei 12.864, no qual em 2013 inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde.

Como pode-se observar no modelo de atenção primária em saúde pública no Brasil e de acordo com a Constituição Federal, deve-se obedecer a 13 princípios para a preconização das condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim o professor de Educação Física conseguirá desenvolver ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a fim de reduzir os agravos e danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos.

Assim, é possível concluir, que é de suma importância o envolvimento do profissional de Educação Física no Programa NASF (NÚCLEO DE SAÚDE DA FAMÍLIA) e Saúde da Família (PSF) e nos três níveis de intervenção (primária, secundária e terciária), atuando na promoção da saúde e na prevenção de doenças, diretamente no tratamento não farmacológico e intervindo nos fatores de risco.

Estes processos de trabalhos em saúde coletiva com ênfase em Educação Física está intimamente relacionado à confirmação de um método dentro da "Ergomotricidade e Ludoergomotricidade", onde sugerir mudanças e variações nos métodos de trabalho, já propostos, gera mudanças e variações no paradigma, e isso terá inferência na ordem estabelecida, mas isso não muda. O estabelecimento de um método é inerente a uma necessidade, uma vez que deve obedecer a ela e à sua

especificidade, não ser congelado em um único método, pois esse método pode não ser o mais adequado ou, por outro lado, pode ser necessário experimentar variações e alterações.

É importante lembrar que o método se baseia, na sua praticidade, aplicabilidade e principalmente em conformidade com princípios e premissas científicas. Por esse motivo, faz-se necessário o conhecimento epistemológico em processos de trabalhos em serviços de saúde coletiva com ênfase em Educação Física.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F. J. B., MELO, C. F. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(2), 323-330, 2010.

ALMEIDA, M. C. P. & ROCHA, J. S. Y. **O Saber da Enfermagem e sua Dimensão Prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho**. São Paulo/Campinas: Cortez/ Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ANTUNES, R. **O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.

AYRES, J. R. C. M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. **Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva**, 2002. Tese de Livre Docência, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

BERESFORD, Heron. **Estatuto epistemológico da motricidade humana**. Rio de Janeiro, (1999).

BERESFORD, H. **Comunicação pessoal**. Rio de Janeiro. 1999.

BONET, O. **Os médicos da pessoa: um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina**. Rio de Janeiro: Letras, 2014.

COELHO, Fernando. **Comunicação Pessoal**. Rio de Janeiro, (2000).

**CONFED. Profissional de Educação Física na Saúde está na CBO** disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/comunicacao/noticias>. Acesso em: 10 de abril. 2020.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24(Sup 1), S7-S27, 2008.

COSTA, A. M., PONTES, A. C. R., ROCHA, D. G. **Intersectorialidade na produção e promoção da saúde**. In A. Castro & M. Malo (Org.). **SUS: ressignificando a promoção da saúde** (pp. 96-115). São Paulo: Hucitec, 2006.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. (1998, 05 de outubro). Recuperado em 03 outubro, 2011, de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>

CUNHA, Manuel Sérgio Vieira e (1933). **Para uma epistemologia da motricidade humana**. Lisboa: Compendium, 1994.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D. Reconhecimento do Profissional de Educação Física pelo Conselho Nacional de Saúde: Intervenção Recomendações Sobre Condutas e Procedimentos na Atenção Básica à Saúde. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. Trajetória Cronológica do Profissional de Educação Física. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. História da Promoção da Saúde e da Carta de Ottawa. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. Epidemiologia: CORONAVÍRUS (COVID-19) e Recomendações da Prática de Atividade Física e Exercício Físico. **Revista Cognitionis**, Rio de Janeiro, 2020.

HARTMANN, C., LOPES, G.C.D., VIEIRA, F.S.F., SAMUEL, B.V. Modelo de Atenção Primária em Saúde Pública no Brasil e o Profissional de Educação Física nos Programas NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e PSF – Programa Saúde da Família. **Revista Cognitionis**. Rio de Janeiro, 2020.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1990.

LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário da língua portuguesa**. Nova cultura: São Paulo. 1992.

LAKATOS, E.M., MARCONI, M.A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: ebook, Atlas Editora, 2017.

LEI nº 8.080. (1990, 19 de setembro). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização do funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

MARX, K. **O Capital**. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994.

MELLO, M.V.O., BERNARDELLI JÚNIOR, R., MENOSSE, B.R.S., VIEIRA, F.S.F. Comportamento de Risco para a saúde de estudantes da Universidade Estadual do Norte do Paraná (Brasil) – Uma proposta de intervenção online. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, p. 159-164, 2014.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico**, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos).

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES GONÇALVES, R. B. Prefácio. In: AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e Emancipação**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. & CHAKKOUR, M. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2001). **Política Nacional de Medicamentos do Brasil**. Brasília, DF: Autor.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** agosto 1998.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em saúde: novas formas de organização**. In: NEGRI, B.; FARIA, R. & VIANA, A. L. D. (Orgs.) **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp/IE, 2002.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S. & RODRIGUES, V. A. **Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública**. In: BARROS, A. F. R. (Org.) **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

PEDUZZI, M. **Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde.** Trabalho, Educação e Saúde, 1(1): 75- 91, 2003.

PEDUZZI, M; SHARAIBER, B. L. **Processo de Trabalho em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> acesso em 27 de agosto de 2020.

PORTARIA nº 2.488. (2011, 21 de outubro). **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde.

PORTARIA nº 648. (2006, 28 de março). **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes** e J. C. Santos et. al.

SILVEIRA, C. H. **Falando de modelos de assistência à saúde e do programa de saúde da família do Ministério da Saúde – Brasil,** 2008.

SANTANA, J. P. & CASTRO, J. L. (Orgs.) **Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde: CADRHU.** Brasília/Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/EDUFRN, 1999.

SANTOS, C. J., MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 11(1), 2018, 79-98

SÉRGIO, Manuel, Rosário, Trovão do FEITOSA, Anna M°, ALMADA, Fernando, VILELA, Jorge, TAVARES, Veiga. **O sentido e a acção.** Lisboa – Portugal: Instituto Piaget, (1999).

VIANA, A.L.D., DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 15(Suplemento), 225-264, 2005.