

# Educação Física e Saúde Coletiva

STELA LOPES SOARES  
BRUNO LOPES SOARES  
DOUGLAS PRADO ARAÚJO



**STELA LOPES SOARES**  
**BRUNO LOPES SOARES**  
**DOUGLAS PRADO ARAÚJO**

# **EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA**

1ª EDIÇÃO

**Sobral/2015**



# INTA - Instituto Superior de Teologia Aplicada

## PRODIPE - Pró-Diretoria de Inovação Pedagógica

---

### **Diretor-Presidente das Faculdades INTA**

Dr. Oscar Rodrigues Júnior

### **Pró-Diretor de Inovação Pedagógica**

Prof. PHD João José Saraiva da Fonseca

### **Coordenadora Pedagógica e de Avaliação**

Profª. Sonia Henrique Pereira da Fonseca

### **Professor conteudista**

Stela Lopes Soares

Bruno Lopes Soares

Douglas Prado Araújo

### **Assessoria Pedagógica**

Sonia Henrique Pereira da Fonseca

Evaneide Dourado Martins

Juliany Simplício Camelo

---

### **Revisor de Português**

Francisca Geane Souza Oliveira

### **Diagramador**

José Edwalcyr Santos

### **Diagramador Web**

Luiz Henrique Barbosa Lima

### **Produção Audiovisual**

Francisco Sidney Souza de Almeida

### **Operador de Câmera**

José Antônio Castro Braga



# Sumário

<b>Palavra do Professor-autor .....</b>	<b>09</b>
<b>Biografia dos autores .....</b>	<b>11</b>
<b>Ambientação.....</b>	<b>12</b>
<b>Trocando ideias com os autores .....</b>	<b>14</b>
<b>Problematizando .....</b>	<b>16</b>

## **1 Elementos Histórico-sociais do campo da saúde coletiva**

O processo social de produção da saúde .....	21
Traço histórico social do processo saúde-doença .....	22

## **2 Conceitos no Campo da Saúde Coletiva**

Reflexões sobre saúde coletiva.....	29
Objeto de estudo .....	30
A respeito da determinação .....	31
Principais paradigmas da saúde.....	34

## **3 Processos Multiprofissionais e Interdisciplinares**

Discussão de campo e núcleo .....	39
Aproximações como tecnologias de saúde: projetos terapêuticos singulares.....	45
Possibilidades de intervenção da Educação Física no Sistema Único de Saúde...48	
Performances pedagógicas da E. F. em uma equipe multiprofissional.....	50
A formação dos profissionais para a área da saúde coletiva.....	54

<b>Leitura Obrigatória .....</b>	<b>56</b>
<b>Revisando .....</b>	<b>58</b>
<b>Autoavaliação .....</b>	<b>62</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliografia Web .....</b>	<b>71</b>





## Palavra do Professor-autor

Sejam bem-vindos!

A geração de vários questionamentos na Educação Física e Saúde Coletiva, proporcionou em torno da presença de práticas corporais no sistema de saúde através de resultados encontrados em estudos sócio antropológicos. Tendo como base as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, sobre a possibilidade de organizarmos o processo de formação de saberes e competências baseado no princípio da integralidade voltado para a atuação multiprofissional.

A formação universitária em Educação Física é discutida a partir de uma perspectiva crítica. O texto privilegia a reflexão política de formação superior a partir da reflexão sobre o cuidado em saúde dos profissionais de Educação Física, inspirado na defesa e na afirmação da vida. É o fio condutor de um texto que busca potencializar o olhar fronteiriço da Educação Física e da Saúde Coletiva.

Você poderia se perguntar: O que seria então os Paradigmas da Prática em Saúde? As Políticas Médicas e a Medicina Urbana?

Caro estudante nesta disciplina você terá oportunidade de estudar os conceitos sobre Educação Física e Saúde Coletiva nos seus diversos aspectos e nas suas variadas manifestações culturais e humanas. Em cada período da História, há um resgate da Educação Física e dos seus avanços que facilitará a você identificar como a Educação Física que ganhou espaço no âmbito da Saúde Coletiva.

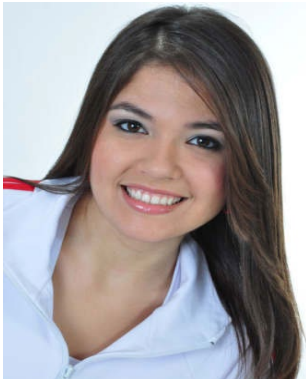
Conversaremos sobre a Educação Física e Saúde Coletiva no Brasil, enfocando as principais tendências e contribuição no contexto educacional, a sua legalidade e sua legitimidade no cenário nacional.

Diversos conceitos serão trabalhados, princípios e diretrizes que orientam as intervenções e as pesquisas, discussão sobre a importância da formação em serviço, e a realização de estudos que aproximem a Educação Física da Saúde Coletiva. Procuramos fomentar políticas de formação, intervenção e pesquisa entre Educação

Física e Saúde Coletiva. Nossa intenção foi a de organizar um material, de modo ainda principiante no mundo do trabalho e no universo acadêmico. Portanto nossa sugestão que procure buscar mais conhecimentos em outras fontes de pesquisas.

Os autores.

## Biografia dos autores



**Stela Lopes Soares**, Especialista em Fisiologia do Exercício e Biomecânica do Movimento. Especialista em Saúde da Família, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Especialização com acesso ao Mestrado de Geriatria e Gerontologia, pelo INTA. Graduada em Educação Física, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Graduada em Fisioterapia, pelas Faculdades INTA.



**Douglas Prado Araújo**, Especialista em Saúde da Família, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Graduado em Educação Física, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Experiência na área de Educação Física, com ênfase em Saúde Mental, Esportes, Atividades em Academia, Atividade Física, Jogos de Tabuleiro e Gestão.



**BRUNO LOPES SOARES**, Especialista em Direito Tributário, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Graduado em Direito, pelas Faculdades Piauiense – (FAPI). Experiência na área de Administração e levantamento de Passivo Tributário; Consultoria específica referente à legislação pertinente.

## **AMBIENTAÇÃO À DISCIPLINA**

**Este ícone indica que você deverá ler o texto para ter uma visão panorâmica sobre o conteúdo da disciplina.**

A large, stylized lowercase letter 'a' in a dark teal color, set against a white circular background. The 'a' is positioned on the right side of a dark teal horizontal bar that spans across the middle of the page. The bar has rounded ends and a slight shadow effect.

Seja bem-vindo!

A disciplina de Educação Física e Saúde Coletiva!

O educador físico em sua atuação, além de agir como agente de saúde com responsabilidade social deverá intervir no contexto sociocultural com a finalidade de promover a saúde.

**Você deve estar se perguntando o que a Educação Física tem a ver com a Saúde Coletiva?**

Ora, sabemos que a Educação Física tem contribuído muito para promoção da saúde do indivíduo. O estilo de vida e o sedentarismo têm sido os problemas que a saúde pública enfrenta atualmente no Brasil.

Sugerimos a leitura da obra **Educação Física Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**, os autores reúnem trabalhos de investigação desenvolvidos por vários pesquisadores. Os textos se articulam em torno do processo de formação e das possibilidades de atuação em educação física dentro dos princípios da saúde coletiva.



FRAGA, Alex Branco e WACHS, Felipe (orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007.

## **TROCANDO IDEIAS COM OS AUTORES**

A intenção é que seja feita a leitura de obras indicadas pelo professor-autor numa perspectiva de dialogar com os autores de relevo nacional e/ou mundial.



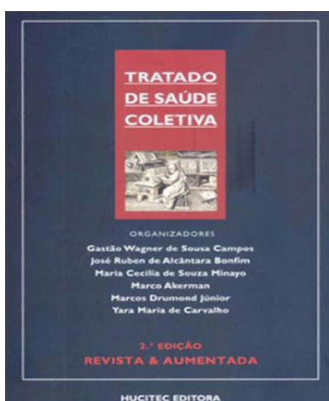
**ti**

## Agora é o momento de você trocar ideias com os autores.



Sugerimos que leia a obra **Condicionamento Físico e Saúde**, nela o autor retrata a compreensão da relação entre atividade física e saúde. Nessa obra é enfatizado o motivo pelo qual é recomendável fazer exercícios e os benefícios de praticar uma atividade tanto para o trabalho como para o lazer.

SHARKEY, Brian J. **Condicionamento físico e saúde**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.



Propomos também a leitura da obra **Tratado de saúde coletiva**, os autores expõem, de forma didática, um panorama dos principais assuntos de que se ocupa a saúde coletiva para estabelecer diálogo com docentes e discentes de graduação e pós-graduação das profissões da saúde. É uma coletânea que pede passagem para uma viagem crítica pelo fascinante campo da saúde coletiva.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BONFIM, José Ruben de Alcântara. et. al. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Hucitec- Fiocruz, 2008.

### GUIA DE ESTUDO

Após a leitura das obras escolha uma e faça uma resenha crítica e poste na sala virtual e comente com seus colegas.

## **PROBLEMATIZANDO**

É apresentada uma situação problema onde será feito um texto expondo uma solução para um problema abordado, articulando a teoria e a prática profissional.





Atualmente temos o Outubro Rosa (conscientização do câncer de mama) e também Novembro Azul (conscientização do câncer de próstata). É fato, as mulheres vão mais ao médico que os homens. E a resistência torna-se mais enfática quando falamos de câncer da próstata. Talvez devido ao preconceito, os homens evitam o quanto podem a ida ao um posto de saúde para a realização do exame.

Como o educador físico poderá intervir em parceria com o médico para conscientizar esses indivíduos? Quão é importante atuação do educador físico junto com o profissional da saúde? Quais artifícios deverão ser utilizados para conscientizar os homens para procurar realizar o exame?

#### **GUIA DE ESTUDO**

Baseado nesses questionamentos reflita e comente com seus colegas na sala virtual.

## **APRENDENDO A PENSAR**

O estudante deverá analisar o tema da disciplina em estudo a partir das ideias organizadas pelo professor-autor do material didático.

A stylized logo consisting of the letters 'A' and 'p' in a dark teal, serif font. The 'A' is large and the 'p' is smaller and positioned to the right of the 'A'. The logo is set within a white circular area that is part of a dark teal horizontal band.



# 1

## **ELEMENTOS HISTÓRICO-SOCIAIS DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**

### **Conhecimentos**

Conhecer a trajetória da Educação Física e da Saúde Coletiva: de seu Surgimento à Contemporaneidade.

### **Habilidades**

Relacionar as diversas manifestações da Saúde Coletiva aos respectivos períodos históricos, relacionados às conquistas da Educação Física.

### **Atitude**

Refletir sobre os valores incorporados a Saúde Coletiva e a Educação Física ao longo dos tempos;  
Resgatar historicamente os conceitos de Saúde Coletiva e mostrá-los aos estudantes.



# O processo social de produção da saúde.

O auge dessa discussão, no final da década de 60, teve sua explicação, fora da medicina, com a crescente crise política e social que se atrela à crise econômica. Desde então, vive-se um novo patamar de embates sociais, e são colocados nos diferentes países formas particulares, caracterizando a época. Nesta fase foi colocado sob suspeita, as formas totalmente distintas de alcance variável, da forma mais aceitável para a resolução das necessidades das massas trabalhadoras. Ocorrendo tanto nos países capitalistas como também nos dependentes. Novas correntes se inspiram em lutas populares e definem-se, pela base social a qual se sustentam.

No final dos anos 70, a polêmica sobre o caráter da doença foi intensificada. A grande pergunta é se a doença é de caráter social ou biológico? Inicia-se uma discussão sobre o paradigma dominante da doença. Conceituada como fenômeno biológico individual. O ressurgimento desta polêmica é encontrado tanto no desenvolvimento da medicina, como na sociedade com a qual ela se relaciona.

Olhando por outro ângulo, o principal motivo, interno à medicina, dá origem a questionamentos. O paradigma médico-biológico, encontrando-se como o problema de gerar novos conhecimentos, permitindo que compreendamos os principais problemas de saúde que afligem atualmente os países industrializados, sendo elas, enfermidades cardiovasculares e tumores malignos. Além disso, temos a derivação da crise da prática médica, em especial dentro do cenário latino-americano, ao qual a medicina clínica não tem oferecido uma satisfatória resolução para melhoria das condições de saúde do coletivo, demonstrando diante dessa estagnação das condições em grandes grupos, a real deterioração em relação ao todo.

Não suficiente as limitações de origem biológica da doença e da prática sustentável, vemos através de evidências inegáveis que impulsionaram a produção de conhecimento médica durante vários anos. Dessa forma a doença deve ser analisada como um processo social, comprovando assim, a colocação como utilidade na prática.

A doença, de forma efetiva, tem caráter social e histórico. Devemos discernir dois problemas que estão dentro desta questão. Em um ponto conceituamos saúde, a qual se expressa socialmente como fenômeno. E em outro se oculta atrás da palavra "doença" sendo assim, um processo biológico corriqueiro no qual aquela população, independentemente do que se pense sobre ela. Faz-se necessário, então, a

comparação entre ambas, e também a comparação do seu caráter social.

Outra tarefa desse pensamento médico-social tornar-se-á a definição do objeto de estudo, permitindo um aprofundamento na compreensão desse processo doença/saúde como um processo social. Ao tentarmos uma análise só conseguimos escapar com uma reflexão sistemática sobre como construir um objeto de estudo que tenha a possibilidade de avançar o conhecimento.

Torna-se necessário o planejamento do estudo do processo saúde-doença, sendo um processo social, não tem referência somente à exploração do caráter da mesma, mas de imediato o problema das articulações diante de outros processos sociais e suas determinações.

No decorrer do texto, algumas ideias serão desenvolvidas a respeito desses três pontos apresentados. Desta forma daremos continuidade ao conhecimento e as formulações que existem com referência ao processo saúde-doença, processo social, porque estes são fragmentários e, de uma forma mais correta, hipotéticos até certo ponto.

## **Traçado histórico-social do processo saúde-doença**

Os traços históricos da doença não se dão pela análise das características dos indivíduos, mas diante do que ocorre dentro da coletividade. A natureza social da doença não se constará no caso clínico, mas no modo singular de ficar doente dos grupos humanos. Com alguma certeza a “história natural” da tuberculose citada como exemplo, seja divergente, hoje, do que era há um século, não é nos estudos do passado que aprendemos melhor o traço social da doença, porém, é nos perfis patológicos que os grupos sociais se caracterizam. Ao considerarmos o tipo de doença e a constância com que determinado grupo a apresenta em um determinado momento haverá sempre uma patologia divergente do coletivo.

Infelizmente é difícil termos um parâmetro correto nesse exemplo, pela baixa confiabilidade das estatísticas populacionais existentes, e pela falta de investigação referente ao problema do protótipo. No caso do México, entretanto tudo nos leva a crer que optarmos pela ignorância das razões de exigências técnicas ou documentação deficiente. E que são ofertadas nas estatísticas oficiais como escolha a última

opção. Claramente não se permitem mais que uma interpretação de tendências e de diferenças qualitativas.

Ao analisarmos as principais causas das mortes que ocorreram no México, em 1940 e 1970, observaremos que todas possuem o mesmo perfil da doença, a patologia e à frequência com que se apresentam varia significativamente, já que as taxas baixaram pela metade e à terça parte, respectivamente. Os dois primeiros lugares estão ocupados pelas mesmas doenças (a pneumonia, as gastroenterites e colites).

Em um curto espaço de tempo ocorre uma baixa na incidência dos casos de patologias, objetos de campanhas ou não, como: a febre tifoide e a malária que não aparecem entre as dez causas principais, a varíola que foi erradicada, o sarampo, a coqueluche, a sífilis e a tuberculose, suas incidências diminuíram consideravelmente. Em contra partida, o número de doenças crônico-degenerativas como: coração, tumores malignos, doenças do sistema nervoso central, diabetes e acidente vascular cerebral (AVC) cresceram demasiadamente.

A mortalidade geral também nos grupos de jovens diminuiu. Esses pontos não são explicados apenas como resultado do avanço na medicina. O decréscimo ou a erradicação de algumas doenças infecciosas é devido (sem margem de erro), as medidas de prevenções específicas, como as vacinas e as campanhas realizadas pelo governo, e em hipótese alguma ao atual modelo médico-hospitalar.

Em contra partida, a diminuição de outras enfermidades que necessitam de medidas específicas de prevenção, como: as pneumonias ou as infecções intestinais, não podem ser creditadas ao atual modelo médico. Apesar das contestações dos que se colocam contra a "medicalização" da sociedade e seus efeitos iatrogênicos. O aumento das doenças, antes mencionadas não se explica a partir da prática médica. Mas nas características sociais, no modo de viver em um dado momento histórico.

Em outro pequeno período as doenças típicas da sociedade "moderna", como os quadros isquêmicos do coração, os tumores malignos e o acidente vascular cerebral (AVC), ocupam um lugar importante no perfil patológico. Podemos destacar a elevada taxa de mortalidade por cirrose hepática (de 21,4 para 100.000), isso se dá devido a má nutrição e o alcoolismo, além da pobreza, fator responsável pela altíssima taxa de morte violenta e por desnutrição.

Em Cuba, o perfil patológico e o peso das doenças infectocontagiosas são menores. Entre elas, somente a pneumonia e a influenza aparecem entre as dez principais causas de morte. E toda patologia infecciosa constitui apenas 11% da mortalidade total. Claramente, dois grandes grupos de doenças: as cardiovasculares,

agrupadas em A80 até A86, na classificação das doenças patológicas da OMS6 e os tumores malignos.

Os dados acerca da mortalidade em Cuba expressam que a não existência de relações de condições de saúde coletiva e o desenvolvimento econômico, invertendo a ideia da fatalidade patológica da “pobreza média”.

O desenho patológico americano mostra que as doenças que predominam têm semelhanças com as doenças cubanas. Sendo as doenças cardiovasculares mais frequentes, em seguida os tumores malignos e os acidente vascular cerebral (AVC). Dentro das dez causas principais de mortes, o diabetes, cuja apresentação inclui o stress, e a cirrose hepática.

No quadro das enfermidades americanas em relação as enfermidades cubanas difere-se essencialmente na frequência com que são diagnosticados. Sendo que as doenças isquêmicas cardíacas são três vezes mais causadoras de morte nos EUA, do que em Cuba, os tumores malignos e os acidente vascular cerebral (AVC), são aproximadamente 50% mais frequentes, o diabetes 80% e a cirrose 2,5% mais comum.

Tudo nos leva a crer que as discrepâncias nas taxas americanas em relação às cubanas seriam apenas pelas diferenças demográficas estruturais, pelo fato de que os americanos têm uma população idosa superior. Outro dado que deve ser considerado é que as doenças cardíacas e os tumores malignos têm maior incidência em pessoas de maior idade. As diferenças encontradas se explicariam, assim, como simples efeito demográfico. Surgindo uma nova concepção denominada “doença residual”: são as células tumorais que permaneceram no organismo, depois do tratamento das enfermidades cardíacas e dos tumores malignos.

Como então, explicar o surgimento dessa doença residual, que antes estava encoberta pelas doenças infecciosas? Seria o mesmo que dizer que se o homem ao final de sua vida não falecer por motivo de doenças infecciosas, aparecerá uma doença degenerativa, cardíaca ou até mesmo um câncer, para se assegurar de dar fim ao seu ciclo de vida. Esta explicação baseia-se numa concepção linear e “desenvolvimentista” da doença na sociedade, já que no fundo, a história da doença é vista como simples resultado das forças produtivas e do grau de domínio do homem sobre a natureza.

O processo saúde-doença da sociedade não se explicaria por suas determinações múltiplas, biológicas e sociais específicas, mas pela capacidade técnica da sociedade de eliminar certas doenças, por exemplo, com uma boa alimentação da população evitaríamos mortes por desnutrição.



**Demonstrando o caráter social da doença coloca-se em evidência o tipo, a constância e a dispersão da enfermidade em toda a coletividade.**

A partir de alguns estudos, vem se constatando que o risco de morrer nos primeiros anos está relacionado diretamente com a profissão dos pais, ou seja, na forma como eles estão inseridos no mercado de trabalho. Concluindo assim, que a probabilidade de uma criança proletária urbana morrer antes de completar dois anos, é quatro vezes maior do que a de uma criança de classe média ou alta burguesia; e se essa criança pobre morar no campo esse risco de morte sobe para cinco vezes.

No México, há algum tempo, foi realizado um estudo em que ficou demonstrado que o tipo de enfermidade varia de acordo com os grupos sociais, compararam as causas da morte e sua frequência, entre um grupo de pessoas que tinham plano de saúde e um grupo constituído pelos que morreram no Hospital Geral da Cidade do México: os grupos que representavam a burguesia e as camadas médias, altas e o subproletariado urbano.

Verifica-se diante de tudo isso, que o caráter social do processo saúde-doença, é um fenômeno material objetivo e tal qual é expresso no perfil de patologias nos grupos humanos. Dessa forma, comprovamos que, o retrato muda, para uma mesma população de acordo com o momento histórico-social. É totalmente passível de comprovação que o processo patológico dos grupos sociais de uma mesma sociedade apresenta a diversidade quanto ao tipo de doença e sua frequência.

A análise histórica mostra como as necessidades das classes dominantes, que se expressam como se fossem as necessidades da sociedade em seu conjunto, condicionam um ou outro conceito de saúde e doença. Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social.

O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença e refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista. Em alguns países como: Inglaterra, a partir de 1946, surgiu o Serviço Nacional de Saúde, desenvolvido até os dias de hoje, para que toda a população tivesse acesso aos serviços médicos.





# 2

## **CONCEITOS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA**

### **Conhecimentos**

Conhecer a trajetória da Saúde Coletiva de seu surgimento à Contemporaneidade.

### **Habilidades**

Relacionar as diversas manifestações da Saúde Coletiva aos respectivos períodos históricos.

### **Atitude**

Refletir sobre os valores incorporados na Saúde Coletiva na Educação Física ao longo do tempo.



# Reflexões sobre saúde coletiva

A saúde coletiva surgiu na década de 70, com a finalidade de superar a crise no campo da saúde, mas o que significa saúde coletiva? Saúde coletiva é um campo de conhecimento para discutir os agravos em doença e em saúde que dizem respeito aos modos de viver coletivo da população. Pode ser definida como uma ciência que estuda a doença do indivíduo, levando em consideração o contexto histórico-econômico e social em que o mesmo está inserido, a fim de compreender e explicar de forma adequada os fenômenos de saúde-doença.

A saúde coletiva é importante porque estuda os processos saúde-doença como um **processo social**. Ela identifica as necessidades desses grupos sociais e seus problemas de saúde buscando uma explicação e uma interpretação, que inclui as condições culturais e os modos de pensar a qualidade de vida das pessoas.

Dentro do processo saúde-doença o caráter social é um fator indiscutível. São estudos empíricos e construídos, que demonstram que há elementos sociais constituintes nos fatores de risco para que determinada doença surja. Assim, nas causas supõe-se que o fator social atue como qualquer fator biológico. Apontando que o fator "A" nem sempre aparece relacionado com a doença "E", pois, se despreza a importância social da Etiologia da doença e se interdita seu caráter social.

Analisaremos dois pontos fundamentais para entendermos o caráter social do processo saúde-doença: **a do objeto de estudo e a da determinação**. Em um primeiro ponto definimos o estudo e as investigações gerando conhecimento relativo ao processo saúde-doença, dentro do processo social.

O conceito médico-clínico coloca a doença como um processo biológico do indivíduo; logo depois, aparece o conceito ecológico, que vê a doença como consequência do desequilíbrio na interação entre o hospede e seu ambiente.

Criamos o conceito que nos permite um entendimento exato da doença como processo biológico. Não nos aprofundaremos no conceito biológico, pois, este não releva de imediato, o social. Devemos ir além da medicina clínica e da epidemiologia construindo de forma empírica um objeto de estudo.

## Saiba mais:



A palavra Etiologia é ramo do conhecimento e da pesquisa que procura determinar as causas e as origens de um determinado fenômeno

## Objeto de estudo

O objeto de estudo não se situa a nível individual e sim coletivo. Não podendo ser estudado em qualquer grupo, mas em uma comunidade criada em função de suas características sociais. No segundo momento analisaremos as características biológicas. Ficando pendente a necessidade de começar uma teoria do social que ofereça os elementos teóricos para a construção do coletivo. Os médicos e epidemiologistas, geralmente, estudam os grupos tal como vão se constituindo aos olhos do investigador.

Então, criamos quase sempre grupos circunstanciais ou selecionados arbitrariamente. A intenção do estudo é analisar o funcionalismo estrutural em sociologia, não resolvendo o problema de grupos que tenham vida social própria e objetiva, já que a sedimentação social é essencialmente subjetiva.

O estabelecimento dos grupos com base em critérios sociais, objetivos e reprodutíveis é um ponto necessário para a criação do objeto de estudo científico, este não torna-se constituído pelo coletivo, mas sim pelo processo saúde-doença de um determinado grupo. É importante tornar explícito a relação entre o fator biológico e o fator social desse processo e, analisar o alcance dessa conceituação com relação ao problema da determinação.

Diante disso, de forma específica, entendemos por coletivo as sucessões orgânicas de desgaste e reprodução, principalmente nos momentos de funcionamento biológico diferente resultado para o desenvolvimento normal do cotidiano, isto é, o surgimento da patologia. Definido desta forma, o processo saúde-doença manifesta-se empiricamente de diversas maneiras. Por um lado, é explicada por indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade.

**Ao entendermos isso nos perguntamos: por que o processo saúde-doença tem caráter social, se é definido pelos processos biológicos do grupo?**

Temos dois pontos a analisar para podermos satisfatoriamente responder ao processo saúde-doença: socialmente é determinado diante de todo um contexto histórico. Os fatores biológicos, não são necessários para explicar o complicado processo social. Mas a influência social na realidade saúde-doença não exclui seu caráter social.

A própria biologia humana é social. Pois, fica impossível não focalizar a normalidade do homem dentro do lapso temporal, porque como ponto chave é impossível quantificar um ciclo vital, pois ele é variável no homem de acordo com o momento histórico. Levando apenas a possibilidade de estabelecer padrões dentro do ciclo vital humano (desgaste/reprodução) dependendo da relação homem/natureza.

**Vemos a necessidade de estudo empírico do caráter social no processo saúde-doença.**

Após essa constatação mudamos a forma de abordar o estudo, permitindo uma descrição das condições de saúde dentro de um coletivo entendendo a sua trajetória e suas condições sociais. Com o estudo padronizado do tipo de enfermidade e como ela se distribuiu, dá-se dentro da possibilidade de suas características sociais, gerando conhecimento dos processos e desta forma explica-os individualmente. A análise do padrão de desgaste do retrato da enfermidade é feita com relação aos organismos dos membros (indivíduo) da coletividade e não de forma individual como é feita no processo médico/clínica, caracterizando o comum dentro do coletivo.

A relação entre saúde-doença coletiva e individual fica estabelecida, porque o mesmo determina as características básicas sobre as quais se assenta a variação biológica do indivíduo. O paciente assume sua importância histórica/social, pois condiciona sua biologia e determina a probabilidade que adoeça de um modo específico, mesmo que o estudo determine apenas como presença ou ausência do fenômeno.

## **A respeito da determinação**

Ao estudarmos o processo saúde-doença coletiva, enfatizamos a compreensão do problema da eventualidade, ao preocuparmos como modelo do processo biológico, que ocorre socialmente, em detrimento da unidade entre "a patologia" e "a saúde", e o pensamento clínico. O modelo biológico de vida dentro da sociedade é determinado pelos transtornos biológicos singulares, ou seja, a patologia não aparece dividida, mas ocorre como um mesmo processo, entretanto de fácil diferenciação.

Esta reformulação da natureza da doença, que a recoloca como parte do processo biológico global, demonstra as limitações dos modelos de causalidade que ficam subjacentes ao pensamento médico dominante. Segundo McMahon (2005) é impraticável explicar a patologia como efeito da ação de um agente, como defende

o modelo monocausal, mas a multicausalidade.

Cassel (1974, págs. 471-482) relata que na corrente norte-americana de epidemiologia social situa especificamente a integração do social no complexo causal da doença. Situando “dois problemas fundamentais: ao estabelecer que o social não atue como um agente bio-físico-químico na geração da doença, não gerando especificidade etiológica” (CASSEL, 1974, págs. 471-482).

Segundo o autor, há necessidade de investigar os aspectos sociais da causalidade da patologia, não em função de um conjunto de enfermidades. Devido tal peculiaridade como ponto de início, não podendo desenvolver sua proposição fundamental, por não existir uma fórmula teórica acerca do social.

Apresenta-se o *stress* como intermediação única entre o social e o biológico, apesar de identificar problemas que leva em conta a compreensão do entendimento do processo saúde-doença no processo social, qualificado por seus efeitos biológicos e não por seus aspectos únicos. Devendo tal peculiaridade como ponto de início, não podendo desenvolver sua proposição fundamental, por não existir uma fórmula teórica acerca do social.

**Essas grandes limitações de explicações produz efeitos causais que nos mostram o problema da causalidade na determinação do processo saúde-doença.**

Breilh e Tambellini (1975), falam que, assim como outros, desenvolveram interessantes ideias a esse respeito, dentro da linha de raciocínio desse e de outros trabalhos seus, há a interpretação do processo de saúde-doença fixando seu caráter duplo: o biológico e o social. Conseguindo formulações teóricas e categóricas que nos permitem abordar seu estudo cientificamente.

A evidência empírica, tal como expusemos, permite-nos demonstrar que existe uma relação entre o processo social e o processo saúde-doença. Sem dúvida, essa observação, por si mesma, não resolve qual é o caráter dessa relação. Isto, porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. (BREILH e TAMBELLINI 1975, págs. 49 -61).



Enfrentamos uma “caixa negra”, na qual o social entra de um lado e o biológico sai pelo outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença. Esse problema não está resolvido. A reflexão sobre o caráter do processo saúde-doença, porém, abre alguns caminhos para serem explorados.

O fator preponderante do processo saúde-doença em um determinado espaço de tempo permite confirmar o vínculo entre os processos sociais e biológicos e saúde-doença, são processos que são sociais e biológicos ao mesmo tempo. Podemos compreender que cada formação social cria um determinado modelo de desgaste e reprodução, sugerindo um critério de desenvolvimento a respeito.

O segundo ponto a ser abordado é a referência à explicação do sistema saúde-doença que temos definido como patologia. O próprio padrão social de desgaste e reprodução biológica determina o marco dentro do qual a doença é gerada. Devemos resgatar a não especificidade etiológica do social e, do padrão de desgaste e reprodução biológica com relação a patologia, que expressam doenças mais específicas.

Fora da relação entre o padrão de desgaste-reprodução e a doença na qual a determinação social se manifesta claramente, parece necessário buscar outros mecanismos de transformação do social em biológico. A pergunta chave para esclarecer esse problema, refere-se ao caráter geral ou particular destes mecanismos, porque através de estudos particulares podem-se revelar quais são essas transformações.

De uma forma mais ampla, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se relaciona com a natureza em um determinado momento, essa relação se coloca dentro do trabalho baseado em uma dada evolução das forças produtivas e relações sociais de produção. Então, as categorias sociais adotadas do materialismo histórico, que nos permitem desenvolver esta proposição geral e obter uma compreensão da problemática da essência do processo saúde-doença e sua determinação, é a classe social.

O desenvolvimento futuro neste campo depende das possibilidades de empreender investigações concretas para poder incrementar e corrigir o desenvolvimento teórico, pois muitos dos problemas candentes não podem ser resolvidos senão através da prática de investigação.

Colocamos como fator crucial na composição desse material a explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação distinta do processo saúde-doença que, tendo como eixo seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito.

# Principais paradigmas da saúde

Iniciaremos nosso estudo sobre as profissões de saúde, no contexto histórico dos movimentos de mudança na graduação das profissões na área, colocando em pauta a relação entre as Ciências da Saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS) e como destaque a Saúde Coletiva, ponto principal para discussões de relevante fator social e do reencontro mesmo com o caráter técnico e científico da formação dos profissionais de saúde.

A Saúde Coletiva coloca como sugestão outra forma de se pensar em relação à formação e a educação permanente em saúde. Dessa forma, possibilitando que o conjunto das áreas que compõem as Ciências da Saúde, assim, como as demais áreas, subáreas ou especialidades, tenha uma visibilidade ampla e geral e ao mesmo tempo contribua para melhorar os quadros de predominância atual não se restringindo ao conhecimento tecnicocientífico.

Já existem grandes avanços no que diz respeito à saúde pública. Nas políticas públicas a ideia inicial era que o hospital seria a peça-chave, mas hoje essa peça já foi descartada. A principal ferramenta no combate aos problemas de saúde da população torna-se a prevenção, colocando a hospitalização como último recurso.

Progrediram os Programas da Saúde da Família (PSF), oferecendo médico a família, em diferentes localidades e, quando há casos mais graves, é realizado encaminhamento. Hoje, se pode dizer que finalmente a ideia de saúde considera outros fatores como: educação, ambiente externo, modo de vida, é a cultura do que é saúde propriamente dita.

Há algum tempo a China convidou uma comissão com intuito de pensar em um sistema de saúde pública. E como única exigência não poderia ter nenhum vínculo com organismos bilaterais. Para esse fim foram convidados na época: do Brasil ex-ministro da Saúde José Gomes Temporão, dois ingleses, um professor da Tailândia e um especialista da Austrália.

O ex-ministro Temporão relata em suas viagens que nosso Sistema Único de Saúde (SUS), é tido como um sucesso de público e de crítica. Com uma única exceção é no Brasil, onde ele é aplicado. Entretanto ele ainda é um problema que deverá ser trabalhado em várias frentes. A principal frente é o enfraquecimento da bandeira do Sistema Único de Saúde (SUS) e da saúde como direito universal depois da ampliação dos planos de saúde. A segunda frente são os crescentes custos da medicina, em especial por atrelamento as novas tecnologias.

Os recentes estudos, mostram que a população envelheceu, tornando-se responsável por apenas 2% da dita inflação da saúde; tendo a demanda induzida, por 10%; e a tecnologia incorporada por 40 a 50%.

A colocação chave é a efetiva certeza que os recursos para saúde são insuficientes. O Congresso Nacional prepara-se para votar na Emenda 29, onde serão destinados 10% das receitas líquidas para a saúde e será iniciado a partir do quarto ano de início da lei.

Existe a ilusão de que se apenas gastar melhor os recursos resolveria as carências. Fator esse defendido por diversos setores, incluindo a Presidente da República Dilma Rousseff. É fundamental uma boa Gestão. Temporão diz, "há anos empunho essa bandeira, mas não faz milagres" (Luiz Nassif, Carta-Capital). Apesar do sucesso do Sistema Único de Saúde (SUS), o nosso país está em construção, ao contrário da Inglaterra, Canadá e outros países onde, o problema da miséria e da saúde já está quase que solucionado.

Havendo uma necessidade de investimentos, há possibilidades de definição de critérios e consolidar novos conceitos no setor. A aplicação dos recursos preferencialmente deveria ser em programas de prevenção.

Novas tecnologias devem ser analisadas e avaliadas não as colocando como parâmetros apenas sua eficácia em si, mas também a comparação com as tecnologias que pretendem substituir. José Miguel do Nascimento, Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, diz que, "se faz necessário a avaliação da relação benefício x custo, ou seja, custos maiores de novas tecnologias compensam os ganhos efetivos em relação às tecnologias atuais" (Luiz Nassif, Carta-Capital).





# 3

## **PROCESSOS MULTIPROFISSIONAIS E INTERDISCIPLINARES**

### **Conhecimentos**

Conhecer as propostas teórico-metodológicas e as ações multiprofissionais e interdisciplinares relacionadas à Saúde Coletiva.

### **Habilidades**

Identificar os projetos terapêuticos singulares e as ações multiprofissionais e interdisciplinares relacionadas à Saúde Coletiva.

### **Atitude**

Refletir sobre a atuação do profissional de Educação Física no campo da saúde de modo multiprofissional.



## Discussão de campo e de núcleo

Um das margens, que talvez pudesse projetar o campo da saúde, seria como a de uma matriz em que a saúde coletiva fosse uma parte, em distintos planos de inserção. Desses, pelo menos dois são comentados nesta unidade de estudo: **a saúde coletiva, como movimento intelectual e moral**; e **a saúde coletiva como um núcleo, uma concentração imensa de saberes e práticas**. Um cerne coproduzindo uma cadeia de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, com o núcleo coprodutor desse mesmo campo.

O **núcleo da saúde coletiva** se apoia nos sistemas de saúde, na elaboração de políticas e na construção de modelos; na produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, seja a promoção e prevenção de doenças.

**Então, qual a aparência do núcleo de saberes e das práticas da saúde coletiva? Enfatizando, mais uma vez digo, aparência, sinal de identificação, e não um diferencial absoluto! Talvez a sua concentração em problemas de saúde com repercussão coletiva. Talvez um modo predominante de operar, uma forma de intervenção voltada mais na promoção e na prevenção.**

De todo modo, não a totalidade, mais um pedaço dessa totalidade em específico. Uma parte dinâmica e com inserção e interferência no campo da saúde em pelo menos dois planos. O plano horizontal, em que saberes e práticas comporiam parte dos saberes e práticas de outras categorias e atores sociais. Assim, todos os profissionais de saúde, os nucleados nas clínicas ou na reabilitação ou nos cuidados, todos, em alguma medida, deveriam incorporar em sua formação, em sua prática elementos da saúde coletiva.

Um movimento cultural conforme sugerido por Donnangelo (1976), veio ocorrendo dentro do chamado movimento de reforma sanitária há quase vinte anos. Assim, a saúde mental, a neurologia, a saúde da criança, dentre outras áreas, iriam se transformando também em consequência de aportes oriundos da saúde pública. Nessa visão, o objetivo principal da saúde coletiva seria a de causar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral.

### Você sabe

.....  
quem seria o  
operador principal  
nessa realidade?

Outra mudança na matriz seria vertical: a saúde coletiva (ou saúde pública) como uma área específica de atuação. Uma área especializada e com espaço próprio, diferente da clínica ou de outras áreas de intervenção. Um espaço que para se institucionalizar necessitaria de definições formais: com curso básico para formação, espaços de trabalho no setor público e privado, instituições de representação corporativa, todo o aparato de uma área de atuação, para a família. Essa é bastante complexa, porque é requerida por um movimento puramente ideológico.

Na saúde pública tradicional o sanitарista foi por algum tempo, um especialista isolado, que trabalhava em programas verticais com forte grau de imposição autoritária. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1994) a principal característica do sanitарista seria sua capacidade de liderança, devendo os cursos de formação produzir líderes para o setor de saúde. Um exemplo notório de uma postura arrogante e transcendente que a saúde pública demonstra com as áreas de atuação de outros campos.

Alguns adeptos das teorias do agir comunicativo, ao criticar tal perspectiva, chegam a caracterizar o trabalho do sanitарista como de advocacy, uma espécie de habilidoso defensor da saúde pública. Na realidade, ele cumpriria o papel de um assessor de luxo, inerte e impotente frente à dureza do estabelecido. Muitos até defendem, a extinção de tal profissional e da própria especialidade, já que o Estado, a sociedade e as equipes de saúde cumpririam todas as tarefas da saúde coletiva.

Talvez devêssemos pensar no sanitарista como mais um agente de saúde pública, umaliderança ocasional, que de acordo com os problemas e programas em que estivesse atuando, o mesmo deveria trabalhar em equipes interdisciplinares, mas exercendo um papel específico. Atuando tanto em projetos verticais, voltados para promoção e prevenção coordenados por eles; quanto em outros de inserção matricial, intrassistemas de saúde ou intersetoriais, em que o sanitарista seria um, entre outros agentes.

No Brasil, nota-se um importante enfraquecimento da vertente da saúde pública pensada como especialidade. O aparelho formador em saúde coletiva tem privilegiado o mestrado e o doutorado, ou cursos de extensão voltados para a equipe de saúde em geral em detrimento da formação de especialistas e de residentes. (Nunes, 1996, p. 226).



Segundo Nunes há uma indefinição de critérios para a formação em diferentes níveis e discussão sobre os conteúdos e, portanto, uma falta de controle sobre a qualidade dos profissionais autorizados a exercerem as atividades de saúde coletiva. Adotando a primeira definição, à especialização seria fato sem importância, já que seu exercício deveria ser tarefa de todos os profissionais de saúde e mesmo de toda a população.

**Seria importante combinar os dois pontos de vista: tanto disseminar saberes e práticas junto à sociedade, quanto manter a existência de profissionais capazes de produzir saberes mais sofisticado sobre saúde pública e agir em casos mais complexos.**

A saúde coletiva é a defesa da vida, segundo Campos (1991), “em primeiro lugar é preciso ver que a saúde pública é uma construção social Histórica” (1991, p. 228) e está ligada historicamente ao comportamento social da população e que, portanto, depende de valores e tradições de uma população.

Nesse sentido, sugere-se que os sanitaristas e demais profissionais de saúde assumam explicitamente uma visão de mundo fundada na radical defesa da vida das pessoas com as quais trabalhem, mesmo que isso implique em quebras de certos paradigmas históricos ou culturais. Isso requer uma busca na construção de condições sociais que possibilitem aos especialistas em saúde coletiva trabalhar com autonomia relativa tanto em relação ao Estado, quanto aos partidos políticos, ideologias e outras racionalidades técnicas.

Assim, caberia ao sanitarista posicionar-se sobre a necessidade e existência ou não de conhecimentos de modos adequados para se combater qualquer problema de saúde, em sua área de atuação; agindo contra os economistas, políticos ou quaisquer outros agentes que estejam causando ou dificultando a resolução do problema de saúde pública em questão naquela área, fazendo isso, em defesa da vida dos grupos expostos ao risco.

Não, que a perspectiva acima venha a ser definitiva, “mas é preciso reconhecer que a sociedade ganharia com promotores públicos, em princípio, comprometidos com a defesa da vida e não somente com interesses econômicos ou próprios. Ou seja, com intelectuais orgânicos” (GRAMSCI, 1978, 228), coerentes, em seus discursos e em suas práticas, com uma teoria de produção da saúde. É óbvio que o resul-

tado desses processos nunca será projetado pelo discurso sanitário puro, mas uma síntese distinta e racional.

O segundo aspecto é reconhecer que a saúde, é um valor de uso. No sentido que Marx (1885) originalmente atribuiu ao conceito, no volume de O capital. O valor de uso é entendido como na utilidade que bens ou serviços têm para pessoas vivendo em situações específicas. Ninguém conseguiria fazer circular uma mercadoria sem valor de uso. A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirada o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde (SUS), já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso.

A utilidade de um bem ou de um serviço não é um dado intrínseco a ele, mas é socialmente construída por ele. Resultando portanto, na ação de distintos agentes sociais nem sempre convergindo ao mesmo ponto, marcando cada produto com certo valor de uso. Assim, o quanto é valiosa a vida varia conforme a realidade histórica naquele momento em específico, a classe e o contexto social: expressa-se sob a forma de necessidades sociais.

Foucault (1995, p. 228) “afirma que uma das manifestações do poder era a capacidade de produzir verdades”. Em analogia, poder-se-ia afirmar que a capacidade de produzir necessidades sociais é uma manifestação concreta do poder dos distintos grupos e segmentos sociais. “Nesse sentido, tanto as equipes de saúde e seus profissionais quanto à sociedade como um todo deveriam cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública sob a forma de necessidades sociais”. (CAMPOS, 2000, p.228)

O Estado ou o mercado não têm a capacidade exclusiva de sempre produzir necessidades sociais. Por mais poderoso que sejam o Estado e o mercado, jamais essas instâncias conseguiram controlar completamente a dinâmica social que gera a construção de necessidades. Ainda mais quando deixam ou relegam aos desejos e aos interesses dos usuários, ou discurso da saúde pública, esses agentes acabam por mostrar sua lógica.

O que se propaga na sociedade e que caberia aos profissionais e aos usuários, a partir de seus próprios desejos, interesses e necessidades, apoiando-se na teoria inicial sobre a produção de saúde. Tornar realidade o planejamento concretizando determinados valores que só existiriam no campo da teoria. Mostrando as formas necessárias, as ferramentas para entendê-las. Isso seria uma lupa que não tem resultados assegurados.

É contrária à razão dialética a análise que atribui exclusividade de efeitos à racionalidade ou ao poder hegemônico. O poder hegemônico é um poder dominante, mas não é o único. Os dominados também interferem na interação social, especialmente quando se trata da mudança nos paradigmas ou valores. Os valores são os alicerces das estruturas e as estruturas são as produtoras que garantem a manutenção dos valores. A alteração desses valores deixa explícita a inadequação social e histórica das estruturas obsoletas, aumentando ainda mais a necessidade de mudanças.

A saúde coletiva poderia se esforçar para tornar-se mais democrática e participativa a definição de valores de uso e de necessidades sociais. Pois, ela representa o fortalecimento dos agentes. A participação coletiva na produção de necessidades sociais exige vontade política e capacidade de reflexão crítica.

### **Como a saúde coletiva poderia contribuir para diminuir o coeficiente de alienação das pessoas?**

Sartre (1963), falava em serialidade, que segundo sua teoria é a relação que se estabelece entre as pessoas que compõem um grupo de indivíduos que questionam os comportamentos repetidos, condicionados por estruturas ou valores hegemônicos. Entretanto apontava para a possibilidade da construção de grupos sujeitos, agrupamentos capazes de lidar com essas regras e condicionamentos de forma mais branda e solta. E assim, considerando as limitações do contexto, criar-se-iam situações mais justas e democráticas.

### **Mas o que a saúde coletiva teria algo a ver com isso? Poder-se-ia adaptar algo de suas conclusões para a saúde pública?**

Basaglia (1985) aproveitou-se desta linha de reflexão para repensar políticas e práticas em saúde mental. Amarante (1996) sintetizou dizendo que a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente clínico e técnico. Então, é a pessoa o objetivo do trabalho, e não a

#### **Saiba mais:**

Cultura, dialética e hegemonia: práticas pedagógicas e pesquisas em educação.

FICHTNER, Bernd [et al.] orgs. Vitória: EDUFES, 2013.

#### **Saiba mais:**

A Formação dos Grupos Sociais em Sartre

BERTTONI, Rogério Andrade. Orientadora: ProfªMs. ANDRADE, Maria José Netto, 2002.

doença, portanto a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente.

A perspectiva é de saída do objeto idealizado pela medicina (a doença) no seu lugar entraria o sujeito enquanto indivíduo. No caso da clínica, o doente; no caso da saúde coletiva, uma coletividade específica. Enfatizamos que Basaglia (1985) não se referia a um enfermo em geral, mas a um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. O mesmo se aplicaria a uma saúde coletiva que deveria trabalhar com grupos concretos, social e culturalmente constituídos. Toda a ênfase seria posta sobre a existência concreta de sujeitos e sobre a possibilidade de se inventar saúde para esses enfermos, no caso da clínica; e para grupos expostos a possibilidade de enfermar-se, para a saúde pública.

Para Basaglia (1985), inventar saúde seria mais do que uma invenção técnica, já que ele ligava essa noção à de reprodução social do paciente. Reprodução social entendida como exercício de cidadania e de participação social. “Em saúde pública poder-se-ia trabalhar com a ideia de mudança tanto das estruturas, como de sua democratização, e das normas de direito, quanto da capacidade reflexiva e da iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos” (BASAGLIA, 1985, p.229).

A reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase: antes fora a doença, depois as estruturas, agora se trataria também de valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. No entanto, o deslocamento de ênfase não poderia significar abandono das outras dimensões.

**Como produzir sujeitos saudáveis sem considerar as doenças ou a possibilidades de enfermar-se? Ou se avaliar criticamente aspectos estruturais (ambiente, lei e norma)?**

A perspectiva de fortalecimento dos sujeitos foge à antidualética positivista da medicina que fica com a doença descartando a responsabilidade com a história dos sujeitos concretos; e supera o estruturalismo da saúde pública tradicional que encarrega ao Estado e ao aparato técnico quase toda a responsabilidade pela produção de saúde.

Concluindo, é preciso investir não somente na dimensão corporal dos sujeitos conforme a tradição da saúde pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma elegendo bons hábitos de vida saudável.

Nesse sentido, a atual ênfase da saúde pública em combater determinados estilos de vida (WHO, 1991), ainda que aparentemente reconhecendo a existência de pessoas concretas, não deixa de ser uma forma moralista e normativa de abordagem, já que os grupos a quem se destinam essas intervenções não são incorporados na construção ativa de modos de vida. Por exemplo, escolher entre longevidade e prazer é um direito inalienável da pessoa humana (CAMPOS, 2000).

## **Aproximações como tecnologias de saúde: projetos terapêuticos singulares**

O projeto terapêutico é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seu projeto de vida. Esse projeto é algo singular, uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/usuário/família. Por isso, ele pode seguir vários caminhos. O projeto terapêutico nunca pode ser proposto de forma solitária pelo médico, e sim por uma equipe multiprofissional, favorecendo a troca de saberes. A construção é com o cliente e com a família, porque são eles que devem estar bem comprometidos com o momento.

De modo geral, as necessidades em saúde são traduzidas como as demandas de saúde, as quais vão além, das carências dos sujeitos que procuram os serviços. No caso da saúde, o usuário de um serviço busca algo (as ações de saúde) que tem um valor de uso fundamental caracterizado como autorização para que sua saúde seja mantida ou restabelecida. Assim, propicia-se o acesso a algo com um valor de uso inestimável, pois, tem como finalidade a manutenção da vida, e com autonomia para exercer seu modo de caminhar.

Conforme percebemos, o profissional de referência possui diversas alternativas para a elaboração do projeto terapêutico do usuário. Dessa maneira, ele pode encaminhá-lo para as opções mais eficazes na terapia e no tratamento da saúde daquele sujeito.

Tendo em vista a pluralidade de sujeitos envolvidos, tal situação requer formas de atuação que lhes sejam adequadas. Encontrar possibilidades singulares a cada pessoa, nas diferentes situações de suas vidas, pede a todo instante o olhar e a escuta que reconheçam tais subjetividades. Dessa forma, a proximidade com a pessoa que

sofre de transtorno mental coloca em confronto as diversas possibilidades interpretativas, interroga competências e pede sensibilidade do profissional. E também, o entendimento de que o sofrer psíquico não pode ser visto como algo a ser eliminado ou combatido, mas como um caminho capaz de levar à redescoberta do real, da compreensão da experiência emocional de quem a vivencia.

A noção de projeto remete a um plano/ação, em desconstrução institucional, que engloba uma visão geral da situação social existencial e de saúde mental do(s) usuário(s) e meios operacionais susceptíveis de responder à(s) sua(s) demanda(s). Esse plano/ação orienta, em termos gerais, as decisões e se configura em práticas, em invenção, preocupadas com a inserção social e a qualidade de vida do(s) usuário(s). Podem ser abordadas em uma consulta previamente agendada, na qual o usuário ou familiar será atendido por um profissional do serviço. Esse dará continuidade ao projeto terapêutico construído pelos trabalhadores ou poderá modificar esse projeto de acordo com as necessidades percebidas durante a consulta.

Assim, como o projeto terapêutico é dinâmico, variando com as nuances dos aspectos biopsicossociais de cada usuário, essa mudança ocorre em consonância com os encaminhamentos e as possibilidades existentes. O profissional do acolhimento realizará uma escuta acolhedora do usuário ou familiar que busca o serviço de saúde e identificará sua necessidade.

Ele pode recomendar uma internação em leitos no hospital geral do município, a liberação de receitas com o psiquiatra do serviço, uma remarcação de consulta, ou modificar o projeto terapêutico desse usuário acrescentando outras possibilidades de atendimento terapêutico, por exemplo: grupos dos quais o usuário ainda não participe, atendimentos individualizados com outros profissionais, atividades extramuros, como a escola de música e a massoterapia, entre outros.

Nesse contexto, o projeto terapêutico é compreendido como um condensado de ações em saúde; nele se inscreve a concepção de ser humano que subjaz à prática e às tecnologias que foram ou são desenvolvidas para alcançar os objetivos de cuidar, ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença pelo portador de transtornos mentais e a melhoria da sua qualidade de vida.

Outro aspecto importante na construção do projeto terapêutico é o

#### Saiba mais

Corresponsabilização é uma qualidade de quem é responsável junto com outras pessoas ou grupos de pessoas.

seu alicerce nas tecnologias leves em saúde (acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia), que favorecem a adesão do usuário/família ao tratamento.

As tecnologias leves são dispositivos fundamentais no cuidado em saúde mental. Desde o início, elas facilitam a permanência e a adesão do usuário e da família ao tratamento. Para isto, o trabalhador atua por meio da boa recepção desses sujeitos, do diálogo, da escuta acolhedora, da formação de vínculos afetivos, do estabelecimento de parcerias e da valorização do projeto de vida desses indivíduos. O trabalhador também escuta seus sonhos, suas incapacidades, seus medos, numa interação horizontal e democrática entre usuário/trabalhador/família. Essa interação induz a tomada de responsabilidade por esses sujeitos, isto é, propõe um direcionamento da atenção.

É ao redor deste ideário de acordos comuns que os profissionais de diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares em conjunto com usuários/famílias, no trabalho cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial.

Dessa forma, a família é parte fundamental na terapêutica e convocá-la para assumir essa responsabilidade do cuidado com o usuário em conjunto com a equipe, exige não apenas um redirecionamento das práticas, mas também, um comprometimento e uma responsabilidade para a construção de um cuidado coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistando sua cidadania e seu espaço na sociedade por meio de uma responsabilização e de um cuidado coletivo.

São inúmeras as possibilidades da corresponsabilização, por exemplo: a construção compartilhada do projeto terapêutico desloca a população usuária - indivíduo e família, do lugar de submetida (a um projeto definido pelos profissionais), para o lugar de aliada na construção de resoluções para os seus agravos de saúde. Nesse sentido, a prática busca a ampliação da capacidade de entendimento e a apropriação do controle do processo saúde-doença pelo usuário, a ampliação da sua capacidade de agenciar soluções no campo afetivo, material e social, e uma maior participação na vida política e jurídica.

Assim, os projetos terapêuticos são elaborados com base nas necessidades de saúde de cada usuário, levando em consideração seu modo de compreender a vida, suas subjetividades e singularidades, configurando-se numa interação democrática e horizontal entre os atores envolvidos no processo de cuidar (trabalhadores/usuário/família), alicerçados pela utilização das tecnologias das relações que propõe novos fluxos e circuitos dentro do sistema, seguindo os movimentos dos usuários e a incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão.

Outros avanços a serem destacados no processo dizem respeito à flexibilização e à participação, ou seja, configura-se numa (re)construção coletiva, a qual pode ser modificada conforme as necessidades. O projeto terapêutico busca atender as demandas de saúde complexas e por isso, conta com a equipe multidisciplinar, articulando saberes, práticas e conhecimento dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio.

Dessa forma, pensar no cuidado em saúde envolve pensar na integralidade do sujeito, do ambiente e das relações, pois, o cuidado é um processo de construção da cumplicidade de diversos atores apoiados em todos os contextos: sociais, econômicos, familiares, biológicos, psicológicos e culturais. E por isso, comprometer-se com o cuidado em saúde é o desafio de ir além, dos discursos para se aproximar de práticas transformadoras do modelo assistencial.

#### Saiba mais

- A história do Sistema Único de Saúde (SUS).

- Lei Orgânica da Saúde.

- A participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

## Possibilidades de intervenção da Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS)

Pensando um pouco sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), o representou uma significativa mudança na organização institucional da atenção à saúde da população nos últimos anos. Este foi resultado, de uma luta, fruto de uma histórica aspiração sanitarista, que foi institucionalizado em 1988, com o intuito de ser universalista, em uma **época** de timidez de direitos sociais imposto pelo regime econômico e social.

Assim vale destacar que, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), veio concomitante a constituição, sendo sancionada em 1990, e ela regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional e estabelece, entre outras coisas, os princípios, as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) e ainda merece destaque outra Lei de nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS),



SUS são: a acessibilidade, a descentralização, a equidade e a integralidade no acesso e atendimento dos serviços, além, da participação e controle social pelos usuários, reafirmam a vocação universalista do sistema, embora, o financiamento das políticas de saúde continue enormemente deficitário diante da crescente demanda social, ocasionando muitas vezes um funcionamento caótico, com grande sacrifício para usuários e profissionais da rede, sobretudo nas unidades metropolitanas.

Sendo municipalizado em termos de financiamento, gestão e prestação de assistência, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem alcançado melhor desempenho em municípios de pequeno e médio porte, embora dependa, tanto para a importância quantitativa como para a qualidade de seu atendimento, da vontade política das prefeituras, o que tem sido uma equação de difícil solução.

A Resolução nº 287/97 merece destaque, pois legitimou a Educação Física como uma das profissões da saúde e a inserção do Programa Escola da Família (PEF), é assegurada no Sistema Único de Saúde (SUS), através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que dá inclusive indicativos das atribuições cabíveis à categoria.

A inclusão de programas ousados de caráter inovador na atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) faz parte, propostos e realizados às vezes por equipes profissionais pluridisciplinares é, entretanto, um dado incontestável no sistema, e vem se ampliando nos últimos dez anos. Essa inclusão assinala, por outro lado, uma incontestável disposição de mudança na histórica configuração hierarquizada e médica-centrada dos sistemas de atendimento à saúde.

Vale ressaltar, que com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu um fenômeno de institucionalização de medicinas não ortodoxas, como por exemplo, a homeopatia, e a adoção de programas com terapêuticas naturais de comprovada eficiência no atendimento à população, como a fitoterapia, a acupuntura, ou ainda outras formas de intervenção ditas "naturais", incluindo práticas corporais alternativas, que são ligadas a outras racionalidades em saúde e medicina, podendo citar: o *tai chi chuan*, *ioga*, as massagens, ou mesmo atividades artísticas, empregadas como terapia na prevenção ou recuperação de grupos portadores de patologias ou deficiências específicas. O Sistema Único de Saúde brasileiro adotando esses programas torna-se revolucionário, talvez inédito no mundo.

Nesse contexto, é possível e necessária à inclusão de práticas corporais como parte integrante do sistema, tanto em relação à prevenção, como à recuperação e promoção da saúde. O profissional da Educação Física, quando voltado para a

saúde, pode ser um membro da equipe multiprofissional, tal como é o médico, o fisioterapeuta, o enfermeiro, o nutricionista entre outros.

Atualmente, é fato que a Educação Física é necessária na área educacional, através da rede escolar de ensino. O profissional deve optar também por atuar em academias de ginástica, ou em clubes esportivos. A presença deste campo nas áreas de saúde e educação é de grande importância e de grande destaque, diante do quadro sanitário mundial, em que a maior parte das doenças crônicas da população está associada a má alimentação ao sedentarismo, desde a infância. A presença das atividades corporais ligadas à Educação Física no sistema de saúde é ainda incipiente, podendo se ampliar significativamente, tanto na área de prevenção como de recuperação da saúde.

Os espaços físicos necessários não precisam confinar-se naquele reconhecidamente restrito das unidades de saúde, podendo utilizar espaços públicos alternativos, como pátios, praças e jardins. Para que isso aconteça, entretanto, é necessário que tanto gestores como profissionais e estudantes tomem consciência deste papel da educação física e reajam proativamente.

## **Performances pedagógicas da Educação Física em uma equipe multiprofissional**

A inserção da Educação Física no campo da saúde vem ocorrendo nos últimos tempos. Esta proposta é essencial para que o profissional de Educação Física aperfeiçoe sua formação no âmbito do conhecimento sobre as práticas pedagógicas, para um trabalho multiprofissional há uma relação de confiança, sintonia, respeito, colaboração e preocupação com os sujeitos do grupo do qual fazem parte. Pode-se afirmar que a produção teórica sobre a inserção do profissional de Educação Física em equipes de saúde está cada vez mais presente de forma gradual. Diante deste contexto e como futuro profissional ele precisa refletir sobre novas ações.

Na vida dos indivíduos “a prática de exercícios físicos é essencial, mas como há pessoas com problemas de saúde, por exemplo, os diabéticos, é muito importante

não fazer quaisquer exercícios físicos sem o apoio de um professor de Educação Física. O mesmo é o responsável por indicar o exercício ideal para o diabético. Por justamente, saber dos benefícios e dos riscos de uma exercitação” (MARTINS, 2000, p.71) para indivíduos com essa doença durante a prática da atividade corporal

A partir do que diz Monteiro (2006), o profissional de Educação Física “atuará de maneira individual ou coletiva nas equipes multiprofissionais com indivíduos ou grupos específicos de diferentes faixas etárias” (MONTEIRO, 2006, p.8). Martins(2000) afirma que os “exercícios de baixa e média intensidade são os mais recomendados, pois podem ser feitos por tempo prolongado e por serem aeróbios. Esses devem ser praticados com frequência de três vezes por semana e com duração de pelo menos trinta minutos ao dia” (MARTINS, 2000, p. 81).

As funções cardiorrespiratórias, redução de peso de forma saudável sem a produção excessiva de corpos cetônicos poderão ser melhoradas com os exercícios físicos. Saber qual modalidade indicar ao paciente é responsabilidade do professor de Educação Física, conhecedor de exercícios para treinos leves, moderados e intensos, desde que este profissional esteja capacitado para o trabalho com diabetes.

A qualidade e dosagem, dias por semana e minutos ao dia, será sempre acompanhada pelo professor. “Os exercícios recomendados são os de baixo impacto e aeróbico como caminhar, andar de bicicleta, nadar e dançar” (VACINI e LIRA, 2004, P.8). Porque promovem a regulação dessa glicemia no organismo do paciente e melhora na qualidade de vida. Os exercícios físicos devidamente acompanhados por profissionais capacitados promovem benefícios que farão com que a qualidade de vida do diabético melhore e seu risco de morte diminua.

O médico seria o melhor profissional para saber quando um paciente pode ou não fazer atividade física e o professor de Educação Física é apto a indicar a melhor forma de exercícios físicos para o paciente. O diálogo da equipe multiprofissional serve para solucionar qualquer tipo de problema e por isso, a sua importância nos dias atuais. (DANTAS, 2008, p. 9).

Os exercícios físicos promoverão as adaptações do organismo e ocorrerá a melhoria da qualidade de vida do diabético com redução dos níveis hiperglicêmicos com consequente diminuição da viscosidade sanguínea e redução da hipertensão arterial, sendo aconselhados para os diabetes do tipo 1 e do tipo 2. Deve haver a avaliação dos pacientes para diminuição dos riscos da aplicação dos exercícios fisi-

cos de intensidade e volume adequados para cada paciente, por variarem na idade e no nível de glicose, como outras complicações advindas do Diabetes Mellitus(DM).

Ainda, sobre a prática de exercícios físicos que influenciam na melhoria do sistema imunológico, encontramos trabalhos que afirmam que a relação da atividade física e saúde estar diretamente proporcional. Um estilo de vida fisicamente ativo reduz as incidências de diversas doenças fazendo com que o sistema imunológico reduza o risco de câncer e melhore a resistência de pacientes com o vírus HIV (COUTINHO, 2005, p.9).

Sobre que tipo de exercícios podem ser prescritos aos diabéticos, verificavam-se sempre a prescrição dos aeróbios, porém, encontramos algumas pesquisas que indicam que os exercícios resistidos também são benéficos no controle glicêmico no diabetes do tipo 2.

**Exercícios Resistidos: é qualquer forma de exercício ativo na qual uma contração muscular dinâmica ou estática é resistida por uma força externa.**

Em idosos, o controle glicêmico se passa com a hipertrofia ou desaceleração da perda de massa muscular evidenciando-se um aumento do glicogênio intramuscular. No entanto, a prática de exercícios resistidos pode ser indicada no controle glicêmico desses indivíduos. O exercício resistido é, especialmente, importante para indivíduos idosos com diabetes mellitus, que tem uma perda importante de massa muscular, afetando significativamente o metabolismo energético (GONELA, 2010).

O professor de Educação Física foi indicado para esse papel, sendo que deva estar inserido numa equipe multiprofissional na prescrição dos exercícios. Indica que o professor dessa área é o responsável na prescrição dos exercícios por compreender os efeitos e os benefícios dos mesmos no auxílio da diminuição da glicose sanguínea.

**Sempre enfatizando que não é todo professor de Educação Física que está preparado para trabalhar com o grupo de diabéticos.**

A função do professor de Educação Física é tão importante quanto à função do médico, nutricionista, psicólogo, etc. porque atuará justamente na principal recomendação para controle do diabetes, no caso, os exercícios físicos. Esses exercícios físicos seriam prescritos por esse profissional, com o reconhecimento dos demais profissionais da equipe, de que será de vital importância para o tratamento deste paciente.

Um professor de Educação Física juntamente com outros profissionais poderá fazer com que o aspecto psicológico desse paciente e a autoestima fique em alta. De acordo com Dutra (2010) os sintomas da depressão e ansiedade poderão ser diminuídos com essa forma de tratamento do diabético.

O PSF é de responsabilidade do Governo Federal destinado ao apoio de famílias carentes com a presença de diversos profissionais, de diversas áreas. Nos artigos, debatem-se a importância da inserção do professor de Educação Física para o trabalho educativo e prática com os exercícios físicos.

Tratar a mente e o corpo do paciente é uma das razões pela qual o professor de Educação Física está inserido nessa equipe. Antes o profissional de Educação Física olhava o indivíduo como um corpo apenas, selecionando os melhores para um futuro defensor da pátria em competições esportivas, como era até meados da década de 1980. Hoje, o professor de Educação Física teve o seu ramo de atuação ampliado. E o tratamento e a prevenção de doenças já é um dos temas principais do curso de Educação Física (PEREIRA, 2006).

A atuação desse profissional numa equipe multiprofissional pode ser muito importante no preparo do paciente antes, dele saber que está com a doença. As suas vivências na escola, nas academias ou nos clubes podem ser trazidas para o espaço ambulatorial onde muitas vezes os pacientes se sentem mais a vontade no trato com o mesmo.

O Ministério da Saúde coloca a necessidade de um professor de Educação Física no quadro da Equipe do Programa Saúde da Família (PSF), direcionando o atendimento realizado por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 1997).

O PSF foi criado com o objetivo de mudar a forma do tratamento tradicional tendo como composição básica uma equipe de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e alguns agentes de saúde. A inserção de outros profissionais nessa equipe está relacionada com a necessidade de cada localidade (BRASIL, 2003). A necessidade da prática de exercícios físicos faz com que se comece a ver o

Professor de Educação Física como integrante dessa equipe para prescrição e acompanhamento dos pacientes no decorrer da prática dos exercícios.

## **A formação dos profissionais para a área da saúde coletiva**

Faz-se necessário que exista uma conscientização sanitária em todos os profissionais de Educação Física, que atuam no sistema de saúde ou aqueles que ainda irão atuar, pois, é de grande relevância quando se fala em saúde coletiva, todavia não é um treino (no caso do desportivo) ou adestramento (na maioria das ginásticas), a palavra talvez não seja “estar preparado” (como é o caso abordado em educação escolar).

O corpo dos participantes, assim, como a sua desenvoltura na prática das atividades físicas, mas, na maior parte, através da atividade, fazer-se perceber o seu próprio corpo, aqueles que jamais se detiveram em “ouvi-lo” ou senti-lo como algo seu, vivo, pulsante, com potencialidades e limites. Esta visão amplificada por parte dos profissionais e estudantes da educação física sugere que tenham um olhar do corpo que vai muito além, do modelo biomecânico vigente, e incluam nas suas concepções de corporeidade as categorias de saúde, vida e vitalidade, como expressão de um todo que não se esgota no “físico”.

Acrescentamos mesmo nos movimentos mais usuais das nossas atividades da vida diária como: andar, emocional a dimensão cognitiva, e social, implicada em nossos hábitos culturais e de classe. Desta forma, cada ação corpórea ou gesto humano põe em movimento uma complexidade irreduzível a algo preconizado pela física newtoniana, que é dominante no modelo biomecânico. Modelo hegemônico no ensino das profissões da área da saúde, inclusive na Educação Física, que dificulta o acesso a outras percepções e concepções do corpo e do movimento humano. Assim, como outras percepções e concepções de saúde, vitalidade e autonomia, como sinônimo possível no ensino de graduandos para sua posterior intervenção no campo da saúde.

É necessário que possamos discutir cada vez mais sobre esses assuntos, e perceber ainda que, são necessárias grandes mudanças, para a melhor integração da Educação Física no campo da saúde coletiva.



## **LEITURA OBRIGATÓRIA**

Este ícone apresenta uma obra indicada pela professora-autor que será indispensável para a formação profissional do estudante.





Os livros indicados são leituras indispensáveis para você que pretende ser um profissional de sucesso.



O autor discorre sobre as complexas articulações entre o campo de conhecimento e prática da Educação Física e da Saúde Coletiva, aborda a produção de um grupo (Grupo Saúde Coletiva / Epidemiologia e Atividade Física) na Unicamp, pioneira na construção desse tipo de debate.

GONÇALVES, Aguinaldo. **Conhecendo e discutindo saúde coletiva e atividade física**. 2ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

#### GUIA DE ESTUDO

Após a leitura da obra, sugerimos que faça uma resenha crítica e coloque no AVA.

## REVISANDO

É uma síntese dos temas abordados com a intenção de possibilitar uma oportunidade para rever os pontos fundamentais da disciplina e avaliar a aprendizagem.



Rs

Na **unidade I** abordamos que as descrições históricas da doença não se dão pela análise das características dos indivíduos, mas diante do que ocorre dentro da coletividade. O perfil patológico se mostra ao considerarmos o tipo de doença e a constância que determinado grupo apresenta em um determinado momento a apresentar uma patologia divergente do coletivo.

Fizemos uma comparação entre Cuba e México, países semelhantes no desenvolvimento econômico, mas diferentes em relações sociais de produção. O perfil patológico mexicano é dominado pelas doenças infectocontagiosas, como a influenza, a pneumonia e as infecções intestinais encabeçando a lista das principais causas de morte. As doenças típicas da sociedade "moderna", quadros isquêmicos do coração, os tumores malignos e o acidente vascular cerebral (AVC), ocupam um lugar importante no perfil patológico.

No perfil patológico de Cuba, o peso das doenças infectocontagiosas é muito menor. Entre elas, somente a pneumonia e a influenza aparecem entre as dez principais causas de morte e toda a patologia infecciosa constitui 11% da mortalidade total.

O perfil patológico americano expõe que as doenças que predominam têm semelhanças incríveis com as cubanas. Doenças cardiovasculares são as mais frequentes, logo em seguida os tumores malignos e o acidente vascular cerebral (AVC). Dentro das dez causas principais de mortes, o diabetes, em cuja apresentação influi o *stress*, e a cirrose hepática.

Verifica-se diante de tudo isso, que o caráter social do processo saúde-doença, é um fenômeno material objetivo e tal qual é expresso no perfil de patologias nos grupos humanos.

Na **unidade II** estudamos o conceito de saúde coletiva, e como uma ciência que estuda a doença do indivíduo, mas não procura conhecer o contexto histórico-econômico e social em que o mesmo está inserido, a fim de compreender e explicar de forma adequada os fenômenos de saúde-doença.

O primeiro elemento que deveria ser reconhecido é que o caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro a nível da coletividade, que do indivíduo. O objeto de estudo não se situa a nível individual e sim coletivo. Não podendo ser estudado qualquer grupo, apenas um, criado a partir de características sociais, e num segundo ponto analisadas as características biológicas.

É o modo biológico de vida dentro da sociedade, o determinante pelo transtornos biológicos singulares, ou seja, a patologia não aparece dividida, mas ocorre como

um mesmo processo, entretanto de fácil diferenciação.

Já existem há vários anos grandes avanços no que diz respeito à saúde pública. Nas políticas públicas, a ideia inicial era que o hospital seria a peça-chave, mas atualmente já não se pensa assim. A principal ferramenta no combate aos problemas de saúde da população torna-se a prevenção, colocando a hospitalização como último recurso.

Atualmente é oferecido à população o Programa Saúde da Família, cujo médico da família realiza o atendimento e caso haja gravidade em relação à saúde do indivíduo, o profissional se encarregará de realizar o encaminhamento.

Na terceira **unidade III** estudamos que o núcleo da saúde coletiva se apoia nos sistemas de saúde, na elaboração de políticas e na construção de modelos; na produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/intervenção; e, talvez seu traço mais específico, seja a promoção e prevenção de doenças. Nessa perspectiva saberes e práticas comporiam parte dos saberes e práticas de outras categorias sociais. Assim, todos os profissionais de saúde, deveriam incorporar em sua formação e em sua prática elementos da saúde coletiva.

Na saúde pública tradicional o sanitarista foi um especialista isolado, que trabalhava em programas verticais com forte grau de imposição autoritária. Para a Organização Pan-Americana de Saúde, o sanitarista seria líder chegando até mesmo a ser considerado por muitos profissionais como defensor da área da saúde.

A saúde coletiva é a defesa da vida, pois precisa-se observar que a saúde pública é uma construção social e está ligada historicamente ao comportamento social da população e que, portanto, depende de valores e tradições de uma população. É preciso investir na dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da saúde pública, mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma do modo de levar a vida.

Atualmente, há projetos terapêuticos, que nunca podem ser propostos de forma solitária pelo médico, e sim por uma equipe multiprofissional, favorecendo a troca de saberes. A construção é com o cliente e com a família, por isso eles devem estar bem comprometidos com o tratamento.

Assim, como o projeto terapêutico é dinâmico, variando com as nuances dos aspectos biopsicossociais de cada usuário, essa mudança ocorre em consonância com os encaminhamentos e as possibilidades existentes. O profissional do acolhimento realizará uma escuta acolhedora do usuário ou familiar que busca o serviço de saúde

e identificará sua necessidade.

O projeto terapêutico busca atender a demandas de saúde complexas e por isso, conta com a equipe multidisciplinar, articulando saberes, práticas e conhecimentos dos equipamentos comunitários, possibilitando a inserção do usuário em seu próprio meio.

Pensando um pouco sobre o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS), o mesmo se apresentou como uma significativa mudança na organização institucional da atenção à saúde da população nos últimos anos.

De acordo com a Resolução nº 287/97 legitimou a Educação Física, como uma das profissões da saúde e a inserção desta profissão no Programa Escola da Família (PEF) que é assegurada pelo SUS, através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que dá inclusive indicativos das atribuições cabíveis à categoria.

Na atualidade a Educação Física tem presença na área educacional, através da rede escolar. O profissional deve optar também por atuar em academias de ginástica, ou em clubes esportivos. A presença deste campo nas áreas de saúde e educação é de grande destaque, diante do quadro sanitário mundial, em que a maior parte das doenças crônicas da população está associada ao regime alimentar e ao sedentarismo, desde a infância.

A presença das atividades corporais ligadas à Educação Física no Sistema de Saúde é ainda rudimentar, podendo se ampliar significativamente, tanto na área de prevenção como de recuperação da saúde.

A atuação pedagógica de professores de Educação Física no campo da saúde em uma equipe multiprofissional é de extrema importância para a qualidade de vida de um indivíduo, principalmente em relação àqueles que apresentam patologias como: hipertensão, diabetes, etc. Diante dessa realidade é essencial que o profissional de Educação Física aperfeiçoe sua formação profissional e procure conhecimento sobre as práticas pedagógicas, preparando-se para um trabalho multiprofissional em saúde coletiva.

É necessário que possamos discutir cada vez mais sobre esses assuntos, e perceber ainda que, são necessárias grandes mudanças, para a melhor integração da Educação Física no campo da saúde coletiva.

# AUTOAVALIAÇÃO

Momento de parar e fazer uma análise sobre o que o estudante aprendeu durante a disciplina.



- 1- O que é mapeamento de doenças? Qual o seu objetivo?
- 2- Diferencie núcleo e campo.
- 3- O que são indicadores de saúde? O que caracteriza um indicador de saúde?
- 4- O que são indicadores de morbidade? Quais são eles?
- 5- O que são indicadores de mortalidade? Quais são eles?
- 6- Diferencie prevalência e incidência.
- 7- O que é vigilância em saúde? Quais seus objetivos?
- 8- Quais são as áreas de atuação da vigilância em saúde?
- 9- O que são tecnologias leves em saúde?
- 10- Defina Saúde Coletiva.
- 11- Qual a diferença entre Saúde Coletiva e Saúde Pública?
- 12- Quais as leis que regulamentam o SUS e suas diretrizes, comente um pouco sobre elas.
- 13- Em que período o Profissional de Educação Física se insere no campo da saúde?
- 14- Você, como acadêmico e futuro profissional da área, é capaz de visualizar-se no amplo campo da Saúde Coletiva?
- 15- Existem hierarquias dentro da ESF ou os profissionais trabalham em uma equipe em que cada um tem seu valor? Justifique.
- 16- Quais as contribuições dos profissionais de Educação Física para saúde da população a partir das discussões?

## **BIBLIOGRAFIA**

Indicação de livros e sites que foram usados para a constituição do material didático da disciplina.



**B10**



AMARANTE, P. **O ovo da serpente**. 1ªed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

ANDRADE, RLP e Pedrão LJ. **Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica**. Revista Latino-América Enfermagem. 2005. Setembro-outubro; 13(5):737-42.

ANTUNES, S.M.M.O e Queiroz M.S. **A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa**. Cad Saúde Pública, 2007. Janeiro; 23(1):207-215.

ARANHA, A.L, e Fonseca S.R.M.G.S. **Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados**. Revista Latino-América Enfermagem. 2005. Novembro-dezembro; 11(6):800-6.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado e reconstrução das práticas de saúde**. Interface - Comunic., Saúde, Educação, 2004. Fevereiro; 8(14):73-92.

\_\_\_\_\_ **Hermenêutica e humanização das práticas de saúde**. Ciência Saúde Coletiva. 2005 Julho-Setembro; 10(3):549-60.

BARROS S; OLIVEIRA M A. F e SILVA A. L. A. **Práticas inovadoras para o cuidado em saúde**. Ver. Esc. Enferm, USP. 2007. 41(Esp):815-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Coordenação de saúde da comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: ministério da saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Departamento de Ações Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BASAGLIA, F 1985. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2ª ed. Ed. Graal, Rio de Janeiro.

BREILH, J. **Epidemiología: economía, medicina y política**. Universidad Andina Simón Bolívar, Equador 2008.

CASSEL, J. **Psychosocial processes and "stress"**: Theoretical formulation. **International Journal of Health Services**, v. 4, n. 3, 1974.

CAMPOS, G.W.S **A saúde pública e a defesa da vida**. Editora Hucitec, São Paulo, 1991.

\_\_\_\_\_ **O anti-Taylor e o método Paidéia:** a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Tese de livre-docência. Campinas/SP, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), 2000.

\_\_\_\_\_ BONFIM, J. R. de A.; MINAYO, M. C. de S. *et.al.* **Tratado de saúde coletiva.** Rio de Janeiro. Hucitec- Fiocruz, 2008

\_\_\_\_\_ G.W.S e AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciência Saúde Coletiva. 2007 Julho-Agosto; 12(4):849-59.

\_\_\_\_\_ DOMITTI A.C. **Apoio matricial e equipe de referência:** uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública. 2001 Fevereiro; 23(2):399-407.

COUTINHO, S da S. **Atividade Física no Programa Saúde da Família, em Municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná:** Brasil. Ribeirão Preto, SP. Universidade de São Paulo- USP. 2005.

DANTAS, E. **Obesidade e emagrecimento.** 1ª Ed. Rio de Janeiro: Shape, 2008.

DONNÂNGELO, M. C. **Medicina e estrutura social (o campo da emergência da medicina comunitária).** (Tese Doutorado em Medicina Preventiva). Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo-USP, 1976.

FIGUEREDO M.D, O. R.C. **Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP:** uma rede ou um emaranhado? Ciênc. Saúde Coletiva. 2009 Janeiro-Fevereiro; 14(1):129-38.

FILHO NGV, NÓBREGA S.M. **A atenção psicossocial em saúde mental:** contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Est. Psicol. 2004. Maio-Agosto; 9(2):373-9.

FONTANEL L.A B.J.B; RICAS J e TURATO E.R. **Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde:** contribuições teóricas. Cad Saúde Pública. 2008. Janeiro. 24(1):17-27.

FRANCO T.B, Bueno W.S, Merhy E.E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública, 1999. Abril-Junho; 15(2):345-53.

FOUCAULT, M. **O sujeito e o poder**. In P Rabinow & H Dreyfus. Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2ªed. Forense, Rio de Janeiro, 1995.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Ed. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 1978.

GONÇALVES, A. **Conhecendo e discutindo saúde coletiva e atividade física**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BREILH, J. **Epidemiología: Economía, Medicina y Política**, México, 1977.

\_\_\_\_\_. Tambellini, A. **Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito**, (Tese) Campinas, 1975.

JORGE, M.S.B; GUIMARÃES J.M.X; NOGUEIRA, M.E.F; MOREIRA T.M.M, e MORAES A.P.P. **Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de depreciação do trabalho no Sistema Único de Saúde**. Texto Contexto Enferm. 2007. Julho-Setembro; 16(3):417-25.

MARTINS, Denise M. **Exercício Físico no Controle da Diabetes**. Guarulhos, SP: Phorte, 2000.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. vol. I, livro primeiro. Ed. Nova Cultural, São Paulo, 1985

MCCMAHON, M.M; Hurley, DL e Kamath SP. **Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding**. MayoClinProc 2005;

MERCURI N.; ARRECHEA V. **La Prática de Actividad Física em Personas com Diabetes Tipo 2**. CENEXA Centro de Endocrinología Experimental y aplicada. Buenos Aires, Argentina, 2001.

MERHY, Emerson E.; CHAKKOUR, Mauricio. **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. São Paulo: Editora Hucitec / Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

\_\_\_\_\_. Onoko R. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.

MINAYO M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.

\_\_\_\_\_ **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Resolução nº196/1996. **Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Bioética 1996

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Saúde mental e o SUS:** os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.

MONTEIRO, L. Z. **Perfil da Atuação do Profissional de Educação Física junto aos Portadores de Diabetes Mellitus nas Academias de Ginástica de Fortaleza.** Fortaleza: Unifor, 2006

NUNES, E.D. **Saúde coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 1996 Volume.1, n.1:55-69.

PEREIRA, M; MOULIN, Alexandre. **Educação Física – Fundamentos para Intervenção do Profissional Provisionado.** Brasília: CREF7, 2006.

PEREIRA, M.A.O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental:** estratégias em construção. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007 Julho-Agosto; 15(4):658-64.

RENNIE, K. C.; MC CARTHY N.; YAZDGERDI S.; MARMOT M.; BRUNNER E. **Association of Metabolic Syndrome with Both Vigorous and Moderate Physical Activity.** *Int. J. Epidemiol*, 2003.

SARTRE, J.P. **Crítica de La razón dialéctica.** Ed. Losada, Buenos Aires, 1963.

SCHANK G, Olschowsky A. **O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família,** 2008. Ver. Esc. Enferm USP.

SHARKEY, B. J. **Condicionamento físico e saúde.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, A. L. A e Fonseca R.M.G.S. **Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial.** Ver. Latino-América de Enfermagem. 2005 Mai-Jun.

SILVA, C. A. da; LIMA, W. C. de. **Efeito Benéfico do Exercício Físico no Controle Metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 à Curto Prazo.** Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

VACINI, R. L e LIRA, C. A. **Aspectos Gerais do Diabetes Mellitus e Exercício.** UNIFESP, São Paulo, 2004.

WHO, **Healthy cities project**: a project becomes a movement. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.



## Bibliografia Web

DUTRA, D. **A importância da Equipe Interdisciplinar na Educação em Diabetes.** São Paulo, jul. 2010. Disponível em: [http://www.espacodiabetes.com.br/educacao/a\\_importancia\\_da\\_equipe\\_interdisciplinar\\_na\\_educacao\\_em\\_diabetes.pdf](http://www.espacodiabetes.com.br/educacao/a_importancia_da_equipe_interdisciplinar_na_educacao_em_diabetes.pdf)

FRAGA, A. B. e WACHS, F. (orgs). **Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007. Disponível em: <http://www2.esporte.gov.br/arquivos/snelis/esporteLazer/cedes/EducacaoFisicaSaudeColetiva.pdf> - Acesso em 17/11/2015

NASSIF, L. **Os novos paradigmas da saúde:** os recursos para a saúde precisam ser aplicados preferencialmente em programas de prevenção. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/saude/os-novos-paradigmas-da-saude> - Acesso em: 22/10/2015

ROSSETTO, L. C. **Educação Física na Saúde:** desafios e formação a partir dos documentos legais. Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87782/000911793.pdf?sequence=1> - Acesso em 17/11/2015

BONFIM, M. R.; COSTA, J, L..R.; MONTEIRO, H. L. **Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira:** expectativas versus evidências. Ver. Bras. Ativ. Fis. e Saúde, Pelotas/RS. Disponível em: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1854/1694> - Acesso em 17/11/2015

VILARTA, R. **Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção** - PPGEPLaboratório de Qualidade de Vida – LaQ Vida Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR Ponta Grossa – PR – Brasil v. 05, n. 03, jul./set. 2013. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1672/1072> - Acesso em 17/11/2015

