

TATIANA COLETTO DOS ANJOS

A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA E A
CONTRIBUIÇÃO DA GRADUAÇÃO PARA ESTA PRÁTICA

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Grau de Mestre em Ciências junto ao Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof Dr Nildo Alves Batista

SANTOS
2012

Anjos, Tatiana Coletto dos. **A Educação Física na Atenção Básica e a contribuição da graduação para esta prática** Santos, 2012.

viii, 156 f.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação Mestrado Interdisciplinar de Ciências da Saúde.

Título em inglês:

1. Educação Superior, 2. Formação em Saúde; 3. Formação em Educação Física; 4. Saúde da Família; 5. Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

TATIANA COLETTO DOS ANJOS

A EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA E A CONTRIBUIÇÃO DA GRADUAÇÃO PARA ESTA PRÁTICA

Presidente da banca: Prof. Dr Nildo Alves Batista

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte

Profa. Dra. Maria Stella Peccin da Silva

Profa. Dra. Nara Rejane Cruz de Oliveira

Aprovada em: 18/05/2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA
PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Mestrado Acadêmico

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Prof. Dr. Daniel Araki Ribeiro

Diretora do Campus Baixada Santista: Prof^a Dr^a Regina Célia Spadari

DEDICATÓRIA

Ao meu então namorado, noivo e atual esposo, Felipe, pelo aconchego, apoio e compreensão ao longo desta, por deveras vezes, difícil jornada.

Aos meus amados pais, Sônia e Adilson, por todo investimento em meus estudos e apoio a todos os meus projetos pessoais.

Aos meus queridos irmãos, Thiago e Thais, pelo companheirismo e parceria ao longo de todas as nossas vidas.

A minha pequena afilhada Maria Eduarda, por me ter servido de inspiração nos momentos mais difíceis.

A minha avó Elza e meu tio Armando que nos deixaram no decorrer deste trabalho e dos quais não consegui me despedir fisicamente.

AGRADECIMENTOS

À minha família e esposo pelo apoio, auxílio e credibilidade.

Ao meu orientador Prof Dr Nildo Alves Batista, pelo empenho e dedicação nesta orientação.

Ao programa de pós-graduação da UNIFESP, docentes e funcionários, pelo zelo e competência nos ensinamentos proferidos e serviços prestados.

Aos membros que compuseram esta Banca de Defesa: Profa Dra Ana Cládia Garcia de Oliveira Duarte, Profa. Dra. Maria Stella Peccin da Silva e Profa. Dra. Nara Rejane Cruz de Oliveira pela disponibilidade e propósito com que cumpriram esta tarefa.

À empresa SESC Campinas, em especial aos Monitores Carolina dos Reis e Lucas Leonardo e à coordenadora Luciana Vaz e à equipe de instrutores do setor de Esportes pelo acato às minhas solicitações de afastamento e solidariedade nos meus dias mais difíceis.

À Casa de Saúde Santa Marcelina, por ter propiciado uma das experiências mais marcantes da minha vida, que foi participar da implantação de uma equipe de NASF, e por ter permitido a minha liberação imediata para ingresso neste programa de mestrado.

Ao programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar por ter me aproximado do SUS e ter me instigado na busca pela relação da Educação Física com a Saúde Pública.

À Faculdade de Educação Física da UNICAMP e ao Grupo de Estudos em Epidemiologia, Saúde Coletiva e Atividade Física coordenados pelo estimado Prof Dr Aguinaldo Gonçalves, por terem reafirmado em mim a paixão pela Educação Física e pela sua articulação com a saúde.

Aos meus amigos:

Àqueles eu deixei em minha cidade natal, Catanduva.

Os que eu encontrei em São Carlos: Paixão, Kell, Dani, Chetes, Lari, Gui, Aninha, Olívia, Lúpulo, Magayver, Chicão.

Àqueles que me ampararam em São Paulo: Rê, Paula, Alê, Magda, Analu, Walter.

Aos companheiros de Santos: Angel, Nati, Fer Miccas, Joana, Déborah, Pedro, Diogo.

Aos que eu reencontrei em Campinas: Ananda, Juzinha, Lu Coletti.

Àqueles que intensamente têm feito parte do meu dia-a-dia: Martinha, Flá, Tiago, Felipão, Fabi, Dani, Fer e Júlia.

E alguns que tem sempre estado por perto: Carol, Paulinha, Ana Júlia, Tio Má, Tio Adimir, Deco, Gabi, Mari Rossi.

À Prefeitura Municipal de São Paulo pela parceria concedida para o desenrolar desta pesquisa.

À todos os colegas de profissão vinculados ao SUS e aos Coordenadores dos cursos de Educação Física do município de São Paulo que participaram deste estudo.

Aos colegas Prof Dr Guerra e Profa Ms Débora e aos técnicos da UNIFESP Jaqueline e Carlos e à amiga Camila Milan, pela participação nos projetos pilotos.

Aos amigos Eduardo (Cadeira) e Batoré por me receberem em sua casa logo que cheguei a Santos.

Ao CNPq pelo financiamento, parcial, deste projeto.

À Deus, por esta valiosa conquista e por não me deixar fraquejar.

“Ninguém pode estar no mundo, com o mundo e com os outros de forma neutra. Não posso estar no mundo de luvas nas mãos constatando apenas. A acomodação em mim é apenas caminho para a inserção, que implica decisão, escolha, intervenção na realidade. Há perguntas a serem feitas insistentemente por todos nós e que nos fazem ver a impossibilidade de estudar por estudar. De estudar descomprometidamente como se, misteriosamente, de repente, nada tivéssemos que ver com o mundo, um lá fora e distante mundo, alheado de nós e nós dele”.

Paulo Freire

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo

Figura 2: Distribuição das equipes de saúde da família e equipes NASF do Município de São Paulo (período de referência: Outubro de 2010).

Figura 3: Proposta de distribuição da carga horária dos Profissionais de EF segundo atividades desenvolvidas; metas de produção mensal.

Figura 4: Gráfico referente a assertiva “: Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica por questão financeira”

Figura 5: Gráfico referente a assertiva: “Eu optei pela atuação na saúde/AB por questão ideológica e compromisso com a sociedade”.

Figura 6: Gráfico referente a assertiva: “Eu optei pela atuação na saúde/AB por afinidade com a temática”.

Figura 7: Gráfico referente a assertiva 17 “Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica pela facilidade de inserção na área da saúde”.

Figura 8: Gráfico referente a assertiva 19 “Eu optei pela atuação na saúde/AB pela estabilidade que o setor oferece”.

Figura 9: Gráfico referente a assertiva “Na minha prática como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica prevalecem Grupos de Promoção á Saúde e ações Educativas nas Equipes de Saúde e na Comunidade”.

Figura 10: Gráfico referente a assertiva “ Na minha prática como Profissional de Educação Física na Saúde/AB prevalecem Grupos Terapêuticos Prescritivos direcionados a comorbidades e intervenções individuais dessa mesma natureza.

Figura 11: Gráfico referente a assertiva “Na minha prática como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica prevalecem práticas idênticas as realizadas em academias, clubes e demais associações desportivas e de lazer”.

Figura 12: Gráfico referente a assertiva “Minhas ações como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são geridas por mim, sem interferência dos demais membros das equipes de saúde”.

Figura 13: Gráfico referente a assertiva “Minhas ações como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são pensadas pelas equipes de referência e a mim repassadas”.

Figura 14: Gráfico referente a assertiva “Minhas ações, como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são pactuadas apenas com a equipe matricial”.

Figura 15: Gráfico referente a assertiva “A disciplina Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública são ministradas com carga horária suficiente nos cursos de graduação em Educação Física.

Figura 16: Gráfico referente a assertiva “No momento da minha admissão na saúde/Atenção Básica eu me sentia seguro e preparado”.

Figura 17: Gráfico referente a assertiva “Os cursos de Educação Física propiciam aproximação com o campo da saúde/AB durante a formação.

Figura 18: Gráfico referente a assertiva “Os cursos de graduação em Educação Física ofertam estágios de treinamento no SUS”.

Figura 19: Gráfico referente a assertiva “Os cursos de graduação em Educação Física ofertam estágios de treinamento na Atenção Básica”.

Figura 20: Gráfico referente a assertiva “Os princípios e diretrizes do SUS têm sido abordados nos cursos de graduação em Educação Física”.

Figura 21: Gráfico referente a assertiva “Os documentos sobre as atribuições da categoria profissional Educação Física no SUS são abordados nos cursos de graduação em Educação Física”.

Figura 22: Gráfico referente a assertiva “Julgo necessário e imprescindível para atuar na saúde/Atenção Básica cursar especialização ou aprimoramento após a graduação”.

Figura 23: Gráfico referente as assertivas 37 e 38 que interrogam: “Se eu fosse o coordenador do meu curso de graduação em Educação Física da minha Faculdade eu faria mudanças”?

Figura 24: referente a assertiva “A disciplina Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública são ministradas com carga horária suficiente nos cursos de graduação em Educação Física”.

Figura 25: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu incluiria a(s) disciplina(s) de Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública.

Figura 26: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu incluiria disciplinas de prescrição de atividade física para grupos especiais”.

Figura 27: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso faria mudanças, visando melhor capacitar o graduando para a atuação em saúde/Atenção Básica incluindo experiências em equipes interprofissionais”.

Figura 28: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu incluiria trabalho de campo no SUS ao longo da formação”.

Figura 29: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu eu incluiria estágio no SUS”.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos Profissionais de EF que atuam na AB segundo Faixa Etária

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AF	Atividade Física
C	Concordo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFEF	Conselho Nacional de Educação Física
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREF	Conselho Regional de Educação Física
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CT	Concordo Totalmente
D	Discordo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCDN	Doenças Crônico-degenerativas
DT	Discordo Totalmente

EF	Educação Física
ENEFD	Escola Nacional de Educação Física e Desporto
ESF	Estratégia Saúde da Família
I	Indiferente
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei das Diretrizes Básicas
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RMPSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SINPEFESP	Sindicato dos Prof. de Educação Física do Estado de São Paulo
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UC	Unidade de Contexto
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

USP Universidade de São Paulo

UR Unidade de Registro

URs Unidades de Registro

Sumário

Resumo.....	i
Abstract	II
Capítulo I: Introdução.....	8
1. 1 – Origem da Pesquisa.....	8
1.1-1. O caminho: a aproximação com o tema de estudo.....	8
1. 2 – Contextualização do objeto de pesquisa.....	15
Capítulo II: Objetivos.....	18
2. 1 - Objetivo Geral:.....	18
2. 2 - Objetivos Específicos:.....	18
Capítulo III:.....	19
Referencial Teórico.....	19
3. 1-Criação, princípios e diretrizes do SUS.....	19
3.1.1 – Os níveis de atenção à saúde no Brasil: a Atenção Básica como porta de entrada do sistema.....	21
3.1.2 A Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família.....	22
3.1.3- O SUS como campo de trabalho para a EF através doNASF.....	26
3. 2 – A formação profissional em saúde no âmbito da graduação em Educação Física..	28
3. 2.1. Aspectos históricos do ensino em saúde.....	29
3.2.2 – Os desafios atuais na formação em Saúde.....	31
3. 3-A Educação Física: caracterização e formação profissional.....	34
Capítulo IV: Metodologia.....	40
4.1 – Fundamentação Metodológica.....	40
4.2- Contexto da Pesquisa.....	41
4.2.1. Profissionais de EF que atuam na Atenção Básica no Município de São Paulo..	44
4.2.2 Cursos de Educação Física do Município de São Paulo.....	46
4.3- População de Estudo.....	46
4.4 – Instrumentos de Coleta de Dados.....	47

4.5 – Análise de Dados.....	50
4.6 – Procedimentos éticos.....	52
Capítulo V:.....	53
Resultados e Discussão	53
5.1- A Atenção Básica como campo de prática do profissional de Educação Física.....	54
5.1.1 O perfil do profissional de EF que atua na Atenção básica.....	54
5.1.2 A opção pelo trabalho em Atenção Básica.....	57
5.1.3 As especificidades da prática e as competências demandadas	63
5.2 As contribuições da graduação para o desenvolvimento da competência profissional para a atuação na Atenção Básica.....	84
5.3 Sugestões para o aprimoramento da formação em Educação Física para a atuação na saúde/AB.....	112
Capítulo VI: Considerações Finais	126
Anexos.....	130
Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da SMS de São Paulo.....	130
Anexo II: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da EPMUNIFESP.....	134
Anexo III:.....	135
Referência Bibliográfica.....	136
Apêndice.....	145
Apêndice 1 - Termo de Autorização Institucional.....	145
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de Educação Física).....	147
Apêndice 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (coordenadores dos cursos de graduação em Educação Física).....	149
Apêndice 4 - Questionário.....	151
Apêndice 5- Roteiro da Entrevista.....	156
Bibliografia Consultada.....	158

Capítulo I: Introdução

1. 1 – Origem da Pesquisa

1.1-1. O caminho: a aproximação com o tema de estudo

O curso de Educação Física (EF) tende encantar por suas possibilidades de atuação. Diversos são os estágios vinculados à área, intra e extramuros institucionais, assim como os grupos de Estudo e Laboratórios de Pesquisa.

Dentre as temáticas que regem as discussões nesses espaços, está a área da saúde. Cabe relatar que esta é uma área de grande prestígio para a EF por estar vinculada a profissões consolidadas como a Medicina, por exemplo. Em contrapartida, ela também remete aos primórdios da EF, período no qual, devido a influências de autoridades militares e sanitárias, a área era pautada por práticas submissas e de abordagens utilitárias cujo intuito era alienar e “docilizar” corpos - como diria Foucault - com o propósito de mantê-los sãos e produtivos (SOARES ¹).

Até 2008, mesmo com o reconhecimento da EF como uma das profissões da saúde em 1997, o campo de intervenção para profissional na área da saúde era bastante restrito. Neste contexto, a EF restringia-se a atividades físicas adaptadas para grupos específicos, numa abordagem quase que exclusivamente terapêutica, reforçando a clínica e dinâmica “queixa-conduta”, exclusivamente.

Convergente com as diretrizes e propostas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) existiam restritas experiências, que datam de meados de 2006 nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e em espaços como os Centros de Convivências – estes últimos vinculadas a propostas regionais e isoladas como as que aconteciam no município de São Paulo.

Devido a esta pouca expressão da EF na saúde e a precocidade da proposta do NASF, ainda perdura nos cursos de formação, os tradicionais campos de estágios e aprofundamentos temáticos para os aprofundamentos previstos. No caso do curso de Bacharelado, em que a ênfase geralmente engloba o treinamento desportivo, prioriza-se a abordagem de clubes e academias; e, para a Licenciatura, o foco são as escolas. Ou seja, os serviços de saúde, são pouco ou até mesmo, não explorados nos cursos de graduação em EF.

Neste momento, apresento uma retrospectiva referente a minha trajetória, que justificaram minha aproximação com o objeto de estudo desta dissertação.

Fui aluna do curso de EF da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, e, no decorrer do mesmo, a disciplina de Saúde Coletiva foi uma das áreas que mais despertou a minha atenção. Cabe evidenciar aqui que este interesse era bastante singular, pois poucos alunos procuravam este campo de estudo.

O conteúdo desta disciplina abarcava questões vinculadas à saúde que extrapolavam a dimensão individual e propunham, portanto, a co-participação dos sujeitos na elaboração de seus projetos terapêuticos. Era justamente isso que me causava grande fascínio, seja por questionar a lógica vigente nos demais espaços que se detinham a práticas cuidadoras, seja pelo fator delas subjetivarem os sujeitos, pensando-os como participativos de seu processo terapêutico e considerando-o como ser integral e multifacetado. Essa disciplina pertencia à grade do núcleo comum do meu curso de formação.

A partir deste embasamento teórico, comecei a participar de um grupo de estudo com esta mesma temática e participei de projetos com intervenções onde a EF dialogava com a Saúde.

Atualmente reconheço que muitos desses programas ainda mantinham uma visão reducionista da EF*, embora a contribuição para a área e a

* Faço esta ressalva pois neste momento o que tínhamos era um programa baseados em “tarefas físicas”, pensadas sobre a perspectiva biológica, ou seja, preocupada apenas com os indicadores fisiológicos da saúde. Nas propostas de Educação Física, a programação parte da cultura local a fim de resgatar seus

articulação desta com a saúde sequer pudessem ser questionáveis. A crítica refere-se ao fato de que aplicávamos protocolos desvinculados da realidade daquela população e, muitas vezes nos atínhamos com o principal objetivo de mensurar as variáveis de condicionamento físico, aptidão à saúde e qualidade de vida nos momentos de pré e pós intervenção, embora já dominássemos a compreensão da saúde como processo, constructo social e vislumbrássemos a abordagem integral dos indivíduos,

Acredito que esse impasse era causado pela ausência de iniciativas na área segundo este norte. Cabe, entretanto, frisar que havia neste grupo iniciativas de trabalhos com temáticas como a participação popular e o empoderamento, por exemplo. Inicialmente as atividades faziam parte dos projetos de extensão da universidade, o que restringia seu alcance e pouco refletia as reais demandas sociais e epidemiológicas regionais. Com o amadurecimento do grupo, as atividades foram levadas a outros locais e novas propostas foram incorporadas. Ou seja, pouco a pouco, foi possível modificar nossa atuação incorporando as premissas por nós assumidas frente ao nosso referencial teórico.

Após três anos de participação no referido grupo e um breve período de latência, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC)* oferecido pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde desse mesmo município. A proposta deste curso me intrigava, pois nele eu vislumbrava a possibilidade de aplicar tudo aquilo que há tempos havia sendo teoricamente idealizado...

A estruturação desse Programa tinha “Currículo Prescrito” cujo objetivo geral era propiciar o desenvolvimento de atributos que viabilizassem o cuidado integral à saúde das pessoas - indivíduos dotados de singularidades, como também para a comunidade; e, além disso, investia na capacitação para a gestão e propunha a sistematização da organização do trabalho em saúde.

símbolos além de considerar o indivíduo e seus anseios em sua proposição, o que extrapola o aspecto de “causa-efeito” vinculação da AF com a saúde.

* A RMSFC é um ensino de pós-graduação *latu senso* destinado às profissões da saúde, sob forma de especialização, caracterizando-se pelo ensino em serviço.

Os objetivos específicos contemplavam as seguintes áreas: i) vigilância à saúde e cuidado integral às necessidades individuais em todas as fases do ciclo da vida; ii) vigilância à saúde e cuidado às necessidades coletivas; e, iii) área de organização e gestão do trabalho e investigação científica.

Por meio desta experiência, nos espaços de “Preceptoria de Área”* e durante a atuação nas Unidades de Saúde da Família, pude então participar da implantação da EF no Serviço Público de São Carlos e, a partir desta experiência, repensar o seu papel neste setor.

Devo revelar, neste momento, que através da RMSFC foi notória a sensação de desapropriação que eu e meus colegas de profissão sentíamos no que se referia ao domínio de temas da saúde pública e coletiva.

A proposta das residências multiprofissionais tem sido apoiada pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2002, por meio do projeto ReforSUS. Destaca-se que o intuito desta proposta é propiciar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL²).

Assim sendo, nossa função, enquanto residentes era propor às equipes de referência, o matriciamento, momentos relacionais onde se estabelecia a troca de saberes entre os profissionais de diferentes serviços de atenção e/ou com formação distinta na construção do cuidado integral dos usuários e do território ao qual se estava inserido.

Com este propósito, nós da EF tínhamos alguns entraves declarados: i) a compreensão das nossas atribuições neste espaço; ii) aceitação da EF como pertencente dos espaços de saúde; iii) o posicionamento como membro das equipes de saúde, e, iv) com estas, o pensamento de propostas coletivas e específica da área a serem implantadas de acordo com as demandas dos locais e população. Este período foi bastante fértil e esclarecedor; através desta experiência realmente pude compreender o papel do profissional de EF

* Espaço destinado ao encontro de profissionais de uma mesma categoria profissional destinado a estudos de casos referentes a sua profissão. Neste espaço podem ser discutidos Projetos Terapêuticos Singulares, Programas de Saúde do Território como também podem ser organizadas questões referentes à própria articulação da profissão nos serviços de saúde e também destinar-se a capacitação desses profissionais.

na saúde pública e ter contato com algumas possibilidades de intervenção e interação com os profissionais e com a comunidade. Vale, todavia, frisar que, apesar disto, ainda perdurava o reconhecimento da lacuna entre a formação e a demanda proposta pela AB.

Isso também foi reforçado durante minha atuação no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por intermédio da Organização Social de Saúde “Casa de Saúde Santa Marcelina” no município de São Paulo. Na oportunidade pude, de fato, compreender que:

“(...) Tratar da saúde é, em última instância, compreender as tramas sociais que se desenrolam nos projetos e políticas públicas. Parece ingênuo aceitar o determinante biológico, como razão única, para conferir as análises sobre o processo saúde-doença. O adoecer humano não deve ser investigado ou tratado somente sob a forma de uma relação biológica de causa e efeito, tão simples, que desconsidere outros aspectos relevantes, tais como os contextos socioeconômicos e históricos” (PALMA, 2001³, p. 24).

Além disso, apreendi algumas diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde (APS) das quais o NASF se apropria e que, portanto, direcionam o trabalho nessa equipe de apoio, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde, dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL ⁴), tudo isso pouco explorado nos currículos de Graduação em EF.

Dessa forma, o trabalho na área da EF desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde, em conjunto com os membros da equipe interprofissional do NASF e das equipes de Saúde da Família, abarcava prioritariamente ações de promoção à saúde por meio de grupos educativos e eventos em ações intersetoriais, grupos de resgate à cultura corporal regional e, em menor escala, propunha grupos terapêuticos direcionados a acometimentos crônicos.

Pude então, mais uma vez perceber que as intervenções desenvolvidas na Atenção Básica em propostas como as do NASF estão bastante distantes daquelas decorrentes de propostas curriculares hegemônicas dos cursos de EF que direcionam os estudos de maior destaque na área.

Segundo minha vivência e estudos, identifiquei que os cursos de graduação em EF se fundamentam na dimensão biológica do ser humano e tendem a assumir um conceito restrito de saúde em suas ações. Os estudos desta área de conhecimento desenvolvem-se majoritariamente com pesquisas empírico-analíticas cujo intuito é correlacionar a atividade física como tarefa física à indicadores de saúde (FREITAS⁵). Em contrapartida, o SUS demanda ao Profissional da área uma abordagem que, assim como a clínica ampliada e o cuidado integral, sugere um “olhar” que acrescente o arsenal das Ciências Humanas ao componente biológico.

Outro ponto a ser mencionado é o fato dos profissionais de EF em atuação no serviço público de saúde serem designados como profissionais de saúde, o que os demanda domínio desse campo de conhecimento. Entretanto, como não há direcionamento dos cursos e a saúde ocupa um espaço de pouca expressão na formação em EF, os egressos, muitas vezes, se sentem despreparados para a atuação nos serviços regidos pelas diretrizes e normativas do SUS.

Era consenso nas discussões do grupo de residentes de EF do programa acima mencionado que temáticas essenciais para a atuação no NASF tinham sido pouco ou nem ao menos exploradas durante sua formação básica. Sinalizava-se para a carência de disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Pública, de prescrição de atividade física para grupos especiais e a ausência de estágios em serviços de saúde.

Carvalho⁶ reconhece a possibilidade deste “não pertencimento” ao afirmar que os profissionais de EF não conseguirão interferir no processo saúde-doença com uma formação e atuação alheias ao que “se pensa e se faz em saúde” especialmente no que diz respeito à sua dimensão coletiva, pública e social.

Nessa mesma linha, Arkeman & Feuerwerker⁷ asseguram que, além das contribuições para as formações específicas em saúde, a Saúde Coletiva pode contribuir para o desenvolvimento das competências comuns aos profissionais da saúde e por isso julgam pertinente que ela seja contemplada pelos currículos dos cursos de formação em saúde.

Em outro estudo, Anjos e Duarte ⁸ apontaram que nem as faculdades de EF com maior prestígio, detentoras das maiores avaliações nacionais e com pós-graduação strictu sensu na área*, possuíam a totalidade de indicadores para uma boa formação em saúde.

Impulsionada por toda esta trajetória e encorajada pelo crescimento exponencial de vagas para profissionais de EF no SUS, me proponho a desenvolver esta pesquisa.

1. 2 – Contextualização do objeto de pesquisa

Desde a década de 80, com as manifestações que resultaram na Reforma Sanitária, vivencia-se no Brasil a idealização de um sistema de saúde pautado em propostas terapêuticas não parciais e não segmentadas para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população (PAIM & ALMEIDA FILHO ⁹).

Assim como originalmente arquitetavam os pensadores canadenses, a saúde no nosso país focou o fortalecimento dos serviços comunitários, políticas públicas saudáveis além do favorecimento da participação popular (HEIDMANN, et al ¹⁰).

Convergente a este movimento, o cuidado fora assumido como:

(...) “atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004 ¹¹ p. 22).

* Neste estudo, desenvolvido como Trabalho de Conclusão de Curso para a conclusão do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, as instituições de ensino estudadas, deviam pertencer ao estado de São Paulo que possuísem curso de Pós Graduação na área da EF e que tivessem sua grade curricular disponível na internet. O grupo de estudos foi então composto pelas instituições: UNICAMP; USP; UFSCar e Universidade São Judas Tadeu.

Como reflexo disso, as academias vem readequando seus cursos de modo a compatibilizá-los ao movimento das políticas públicas que legitimam a saúde como direito institucional (ROCHA E CENTURIÃO ¹²); isso porque, ao incorporar novos pressupostos teóricos, a práxis dos serviços públicos de saúde também mudou e, para tal, um novo perfil profissional passou a ser requerido.

De modo mais enfático, pontuamos que as competências profissionais decorrentes da proposição do Sistema Único de Saúde não vinham sendo abordadas pela formação em saúde e por isso estes cursos têm sido alterados.

Como sinalizam Rocha e Centurião ¹², atrelado à nova concepção de saúde e às propostas de atuação dela decorrentes:

“(...) o novo perfil epidemiológico que se compõe por enfermidades relacionadas ao fazer das pessoas requer uma intervenção complexa e integral, mais voltada para uma saúde promotora de auto-cuidado, demandando ações que incorporem no cotidiano da assistência princípios sociais, formativos e educativos” (p. 17).

Nesse sentido, retomamos a reflexão sobre a mobilização do ensino em saúde citando Pinheiro e Ceccim¹³, ao denunciarem que o modelo hegemônico do ensino passou a ser objeto de reflexão crítica pela baixa capacidade de preparar profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde e também pelo baixo impacto do exercício profissional sobre os indicadores da área. Esses mesmos autores evidenciam ainda que esses movimentos e o engajamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em prol de mudanças no perfil dos profissionais foram responsáveis pela mobilização social que formalizou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a educação superior.

As DCNs, definidas a partir de 2000, apontam para a necessidade de currículos integrados; orientam para a formação de generalistas, humanistas, críticos e reflexivos; sinalizam o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento (SILVA ¹⁴) e

que contemplem “fatores de exposição” no decorrer de toda a formação (CARVALHO ¹⁵).

Se admitimos que a reestruturação curricular das escolas é capaz de assegurar a adequação da formação às necessidades profissionais vigentes (MAIA ¹⁶), igualmente assumimos a potencialidade das instituições formadoras no que diz respeito à mudança do perfil dos profissionais de saúde em consolidar as premissas idealizadas para e pelo SUS.

Assim sendo, esta pesquisa procura investigar a graduação em EF frente à prática do profissional desta área na Atenção Básica e na saúde pública considerando sua recente inserção neste nível de atenção.

Neste sentido, questiono: i) Como a graduação em EF prepara o seu egresso para atuação na Atenção Básica? Quais as contribuições da graduação para o desenvolvimento das competências necessárias para esta prática? ii) Quem é o Profissional de EF que atua na Saúde/Atenção Básica? iii) Porque optam pela atuação nesta área? iv) Como se caracteriza a prática neste campo? v) Quais as concepções dos coordenadores dos cursos de EF sobre o trabalho do Profissional de EF na saúde/Atenção Básica? vii) Quais as dificuldades que impedem a readequação dos cursos para o aprimoramento da formação relacionada com a futura para atuação na saúde; ix) Quais as possibilidades de aprimoramento desta formação?

Capítulo II: Objetivos

2. 1 - Objetivo Geral:

Investigar a formação do profissional de EF para a atuação na saúde/Atenção Básica.

2. 2 - Objetivos Específicos:

1. Caracterizar o Profissional de EF que atua na saúde/Atenção Básica e os motivos que o leva a atuar nesta área
2. Caracterizar a prática do Profissional de EF na saúde/Atenção Básica e apreender as contribuições da graduação para o desenvolvimento de competências profissionais para a atuação nesta área.
3. Apreender a concepção dos coordenadores dos cursos de graduação em EF sobre o trabalho do Profissional de EF na Atenção Básica bem como as competências necessárias para este trabalho
4. Identificar, na óptica dos coordenadores dos cursos de EF, a contribuição da graduação para o desenvolvimento das competências para o trabalho nesta área e levantar as dificuldades que possam impedir a readequação dos cursos frente à esta demanda.

Capítulo III:

Referencial Teórico

3. 1- Criação, princípios e diretrizes do SUS

A origem do SUS está atrelada ao Movimento Sanitário Brasileiro o qual se vincula ao surgimento da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES. Citadas instituições, implementadas ao final dos anos 70, responderam pela elaboração do documento “direito universal à saúde” que nortearam a idealização do nosso atual sistema de saúde.

Natalini ¹⁷ comentando sobre o cenário econômico do país na década de 80 e sua influência na reorganização nacional da saúde, sinaliza

“A crise econômica dos anos 80 gera uma nova situação, exigindo o reconhecimento do governo e a necessidade de mudar o sistema, que assegurava saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. A própria população começa a se organizar e lutar pela democratização do país” (NATALINI, 2004 ¹⁷ p 22).

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a saúde no país foi redimensionada. A sistematização dos embates contidos neste evento resultou em recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local para a saúde. Neste evento também foi pleiteado a criação de um sistema de saúde unificado, o SUS.

Elias ¹⁸ afirmava que a saúde no Brasil “nascia” como um seguro vinculado ao mundo do trabalho; pensada como assistência médica e vinculada à Previdência Social. Nesse sentido, há de se convir que fora inegável o avanço da saúde a partir da idealização do SUS.

Campos¹⁹ comenta que, até a instauração do sistema de saúde unificado, estabelecido pela Constituição e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde 8.080/90*, a expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário manifestava-se sem a “socialização da atenção”. Neste cenário, o Estado servia como um “grande seguro estatal” que dinamizava o mercado da saúde.

Serra²⁰ acrescenta que:

“Em 1988, a nova Constituição universalizou o direito ao acesso gratuito. Para garanti-lo, o Estado foi incumbido não apenas da regulamentação, fiscalização e planejamento das ações e serviços de saúde, mas também da prestação dos serviços que se revelassem necessários, por órgãos federais, estaduais e municipais, de administração direta ou indireta; por fundações mantidas pelo Poder Público; por entidades filantrópicas; e pela contratação, em caráter complementar, de clínicas, laboratórios e hospitais privados” (p.7).

A denominação SUS justifica-se pela característica então assumida pelos serviços de saúde que, aglutinados em um sistema uno, passaram a ser regidos por uma mesma doutrina e princípios, em toda a extensão nacional. A este movimento está também associada à consolidação da nova forma de pensar saúde.

* As Leis Orgânicas da Saúde – LOS são compostas pela Lei 8080/90 e Lei 8142/90; elas são leis nacionais que contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, Estados e municípios na elaboração de suas próprias normas operacionais. Esclarecer, portanto, o papel das esferas de governo na proteção e na defesa da saúde, orientando suas atuações para garantir o cuidado em saúde (NATALINI, 2001). Segundo o mesmo autor, as normas operacionais, por sua, cumprem o objetivo de disciplinar o processo de implementação do SUS e, para isso, se voltam para a definição de estratégias e movimentos táticos operacionais.

Sabe-se que, nos dias vigentes, a atenção à saúde no Brasil, ainda carrega a tradição da ênfase na prestação de atendimentos médicos individuais, de enfoque curativo e pautado na procura espontânea dos usuários aos serviços. Em contrapartida, a proposta do SUS e o conceito abrangente de saúde, desde 1988, anunciam a superação desse modelo assistencial que é centrado na doença. A proposição anunciada é de um modelo de atenção integral com incorporação progressiva de ações de promoção à saúde e de proteção a vida (BRASIL ²¹) através de um movimento de aproximação dos serviços aos usuários e vice-versa.

Os princípios e diretrizes do SUS evidenciam a garantia do acesso integral e revelam a adoção de conceitos que regem as políticas públicas de saúde no Brasil: universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS ²²).

Os demais conceitos do SUS compõem os princípios organizacionais, designados princípios propriamente ditos e contemplam: regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos (ou popular), complementaridade do setor privado.

Segundo Campos¹⁹, as diretrizes sanitárias assim como o desenho organizacional do SUS têm raízes nas experiências européias de bem-estar social. Foram dois os projetos sanitários que definiram o modo de funcionamento e co-produção dos sistemas de saúde e os modelos de atenção no Brasil: os sistemas nacionais de saúde e o vinculado a alternativa liberal-privatista.

3.1.1 – Os níveis de atenção à saúde no Brasil: a Atenção Básica como porta de entrada do sistema

O cuidado em saúde no Brasil está organizado em três níveis de atenção – básica, média e alta complexidade. Além da ordenação das ações e dos serviços de saúde, a estrutura assumida pelo SUS facilita a programação, o planejamento, o controle e a avaliação de ações e propostas vinculadas a este sistema.

A Atenção Básica (AB), objeto deste estudo, caracteriza-se como a porta de entrada do nosso sistema de saúde e deve responder por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde; este nível de atenção abarca, em sua estrutura organizacional, as unidades básicas de saúde (UBS).

A AB deve se desenvolver por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, através do trabalho em equipe (BRASIL²). Por responder por problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, na AB faz uso de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade.

São nove as áreas estratégicas que operacionalizam a atuação da AB. Elas abrangem a eliminação da hanseníase, os controles da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, da mulher e do idoso, saúde bucal e promoção da saúde. A definição de outras áreas é facultativa e deve corresponder a características e prioridades regionais através da pactuação com as instâncias governamentais cabíveis (BRASIL²).

3.1.2 A Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994 com o intuito de aprimorar a AB e assegurar a superação do paradigma da assistência do país. Com este propósito, confronta com o modelo de práticas voltado às doenças, hospitalocêntrico e medicalizante, com propostas de promoção à saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas nos território de abrangência das UBS.

A atenção, nessa Estratégia, está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando aos profissionais envolvidos e, no transcorrer do tempo, também à comunidade em geral, ter uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da

necessidade de intervenções que extrapole as práticas curativas (FRANCO; MEHRY ²³).

As Equipes de Saúde da Família respondem pelo acompanhamento de um número delimitado de famílias pertencentes a sua área de abrangência. São compostas, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

O limite máximo preconizado para cada equipe é o acompanhamento de 1.500 famílias ou 4.500 pessoas. Sua atuação ocorre tanto nas unidades básicas de saúde, como nas residências e na comunidade.

A atuação na ESF possui outro diferencial; convergindo com a mudança de paradigma proposta, suas ações extrapolam as unidades e alcançam as residências e a comunidade, ou seja, as ações em saúde também acontecem nos demais equipamentos sociais do entorno; utiliza-se de busca ativa para situações específicas na busca da promoção à saúde, detecção precoce de acometimentos e continuidade das terapêuticas pactuadas; por isso, uma de suas principais ferramentas é a visita domiciliar e um de seus protagonistas, o Agente Comunitário de Saúde.

Com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar sua abrangência, resolutividade, territorialização, regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 - Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com atuação em equipes interprofissionais que podem contemplar Profissionais de EF (BRASIL⁴).

Vinculados à APS, os NASF não se constituem “porta de entrada do sistema” e devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de Saúde da Família (BRASIL⁴). Em suma, o NASF caracteriza-se como uma equipe de apoio que atua mediante responsabilização compartilhada sob a perspectiva da integralidade do cuidado, qualificação e complementaridade das ações propostas pelas equipes de referência.

A composição do NASF abrange equipe com profissionais de diferentes áreas da saúde. Esta composição é definida pelos gestores municipais em parceria com as equipes de Saúde da Família, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais (BRASIL⁴). Segundo a proposta inicial, os NASF podem ser do tipo I e II e diferem-se entre si pela composição e número de Equipes de Saúde da Família a que se vinculam.

O NASF 1 pode contemplar no mínimo 5 profissionais; dentre eles. Médico Acupunturista, Assistente Social, Profissional da EF, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico Ginecologista, Médico Homeopata, Nutricionista, Médico Pediatra, Psicólogo, Médico Psiquiatra e Terapeuta Ocupacional. Deve acompanhar no mínimo, oito e, no máximo, vinte Equipes de Saúde da Família.

No NASF 2 podem estar alocados Assistente Social, Profissional de EF, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. O NASF 2 deve ter, no mínimo, três profissionais dos profissionais supramencionados e estar vinculado a, no mínimo, três Equipes de Saúde da Família, só podendo existir um por município^{*,**}.

Vale anunciar que, desde setembro de 2010, uma nova modalidade de NASF foi proposta. Ela se destina a populações de usuários crack, álcool e outras drogas e denomina-se NASF 3. Sua composição deve ter no mínimo, 3 profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes (categorias profissionais descritas na Portaria Nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008) e estabelecer articulação em rede, que inclua os CAPS I, CAPS II, CAPS AD, CAPS AD III (regional), CAPS infanto-juvenis, leitos em hospitais gerais e outros. A aprovação deste núcleo se deu pela aprovação da Portaria nº 2.843, de 20 de setembro de 2010.

O NASF pauta-se nas diretrizes da APS ao conceber suas propostas. Assim tem como norte a ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da

* Os repasses para o município para implantação do NASF 1 e 2 são, respectivamente, R\$ 20 mil mensais e 6 mil mensais para a manutenção de cada NASF implementado.

** A partir de 24 de outubro de 2011, através da portaria nº 2.488/2011, os Médicos Veterinários são a nova categoria que passa a poder compor as equipes de NASF.

noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

No seu processo de trabalho, os profissionais do NASF devem priorizar o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, uso de metodologias como o estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto ⁽²⁾.

Cabe destacar ainda que a constituição de redes de cuidados é uma das estratégias essenciais no trabalho de um NASF. Assim, deve articular-se com os equipamentos de saúde e demais equipamentos sociais do seu território para propor projetos de saúde. O NASF é composto por nove áreas estratégicas: saúde da criança/do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares. São essas áreas que balizam as intervenções de citada equipe de apoio que, tem por objetivo, atuar nesses diferentes segmentos.

Como é possível inferir, o NASF propiciou ao Profissional de EF uma aproximação com a saúde pública. Este fato deve ser sinalizado como avanço já que, embora reconhecida como profissão da saúde pela Resolução nº 287/98 do CNS, a EF tinha restritos espaços para a atuação nos serviços de saúde.

O cenário dos períodos anteriores era composto por um pequeno número de projetos de Atividade Física que acontecia geralmente com o deslocamento de profissionais de EF de outras secretarias para a Secretaria da Saúde ou por vinculação a empresas ou instituições de ensino vinculadas às Secretarias de Saúde. Em entrevista, a chefe de Seção de Programas ligados à atenção básica, Lucia Helena Corte Alcântara, detalhou que neste projeto esses profissionais atuam de duas a três vezes por semana nas unidades de saúde da família promovendo “caminhadas, aulas de exercícios localizados, além da organização de eventos e festas”. Cabe apontar que, com esta estratégia, o profissional fica a parte da interação com a equipe e acaba

atuando de modo desvinculado dos projetos de saúde pensados a partir da realidade local* (ALOI²⁴).

* Reportagem publicada pela Prefeitura Municipal de Praia Grande em 26/2/2009, coluna PG Notícias, abordando a implantação do NASF no município através de Projeto Piloto.

Outro risco que se corre ao assumir a opção pelo deslocamento dos profissionais de outras secretarias é o direcionamento de profissionais não habilitados para a área da saúde o que tende comprometer a proposta das equipes de apoio na Atenção Básica e, até mesmo, questionar a pertinência da área nesta proposta.

3.1.3- O SUS como campo de trabalho para a EF através do NASF

O curso de graduação em EF (EF) é um dos maiores, em número de cursos, da área da saúde; a pesquisa realizada em 2010 por Pasquim²⁵ indicou a existência de 893 cursos de EF no Brasil. Este mesmo autor evidencia que esta distribuição é bastante desigual e que existe uma concentração desses cursos na região sudeste, particularmente no estado de São Paulo, com predomínio da oferta em instituições privadas.

Tratando-se do mercado de trabalho, dados do Ministério da Saúde (BRASIL²) apontam que a área que mais absorve os graduados em EF é a escolar. Cabe anunciar, todavia, o movimento exponencialmente crescente de vagas e do ingresso de Profissionais de EF no serviço público de saúde desde a implantação do NASF em 2008.

Anteriormente a este período, a atuação da EF no SUS acontecia timidamente nos CAPS e em Centros de Convivências vinculados às Secretarias de Saúde. Outra forma de inserção nesses serviços também compreendia a alocação em projetos cuja estruturação pertencia a iniciativas regionais.

Em relação aos CAPS, cabe pontuar que eles surgiram como um dispositivo estratégico de substituição ao modelo manicomial; eles respondem pelo atendimento diuturno de pessoas acometidas por transtornos mentais severos e persistentes. Seu funcionamento, assim como na Estratégia Saúde da Família, acontece em um dado território, segundo as premissas da territorialização.

Nestes serviços de atenção secundária, são oferecidos cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial (BRASIL²⁶), e, a EF desenvolve ações de

socialização, tendo também o intuito de minimizar o sofrimento psíquico dos usuários. Segundo Wachs²⁷, a EF no CAPS deve propiciar “práticas que façam sentido para o usuário pertencente de determinada comunidade” e por isso, se configura em “importante instrumento terapêutico” (p. 95).

Pasquim²⁵, levantando o número de profissionais de EF vinculados ao SUS no ano de 2010, encontrou 158. Em janeiro de 2011, esse número era 615, conforme base de dados do CNES. Os termos utilizados para busca, pertencentes à Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), foram: Avaliador Físico, Técnico de Desporto Individual e Coletivo (exceto futebol), Preparador Físico, Ludomotricista, e, Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva.

Cabe anunciar, que este aumento no número de profissionais de EF nos serviços públicos de saúde coincide com a implantação dos NASF, setor que atualmente abarco o maior número dos profissionais de EF que estão em atividade no SUS. Nesse sentido Pasquim²⁵ faz a seguinte reflexão:

“De fato, nos últimos anos, a EF tem ganhado destaque no SUS e isso pode ser sentido em diversas iniciativas que vêm sendo adotadas pelo poder público, como, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006 e a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, que guardaram com especial importância intervenções na área temática das “Práticas Corporais/Atividade Física”. Esses, entre outros, contribuíram para uma crescente expectativa de inclusão do professor de EF no SUS, deixando em evidência a necessidade de pensar a formação em saúde” (p.195).

Florindo²⁸ também reforça a importância do NASF para a consolidação da saúde como campo de atuação para o Profissional de EF quando afirma que os NASF vieram para contribuir com as equipes de ESF e com o intuito de investir na promoção à saúde. O autor reconhece que a promoção das atividades físicas faz parte e é fundamental para a efetiva concretização da promoção a saúde: frente a isto, o Profissional de EF é reconhecido como importante integrante desta proposta.

Ceccim e Bilibio²⁹ também enfatizam a contribuição da área para consolidação das diretrizes das políticas de saúde ao assegurarem que “é a EF que mais propriamente pode recolocar a dimensão corpórea da existência subjetiva na prática cuidadora”. Os autores afirmam que as intervenções da área são capazes de retirar “o corpo do lugar instrumental” e regastar sua dimensão humana por meio do “desejo e de sua energia vital”, do “contato com as sensações”, “ao contato/encontro com o outro” (p.54).

As evidências supramencionadas anunciam o NASF como a mais profícua e expressiva proposta para a vinculação dos Profissionais de EF ao SUS. A precocidade deste campo, entretanto, ainda causa confusão. Ao consultar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) isso fica evidente, pois, como vimos, vários são os termos que remetem ao profissional de EF. Outro descompasso decorrente deste cenário se refere à formação para a atuação na saúde pública.

3. 2 – A formação profissional em saúde no âmbito da graduação em Educação Física

Anjos e Duarte⁸ assinalam que o ato em saúde exige um olhar que extrapole os aspectos biológicos do ser humano e exige que o sujeito, indivíduo ou seu coletivo, seja o foco do cuidado. No entanto, ainda persiste como campo seguro para grande parte das instituições formadoras, o modelo de formação “médico-centrado, essencialmente biomédico, cartesiano”, como nas demais formações da área da saúde.

Pinheiro e Ceccim¹³ detalham este processo com maestria:

“A abordagem clássica do ensino na saúde é a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Marca-se uma história do ensino centrada nos conteúdos biomédicos, uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica. Essa abordagem clássica centra as oportunidades de aprendizagem no hospital universitário, adota sistemas de avaliação por quantificação cognitiva (acumulação de informação técnico-científica padronizada) e incentiva a especialização precoce, perpetuando modelos tradicionais de prática, apresentados como ideais (p. 20).”

Cabe elucidar que o modelo tradicional do ensino em saúde há tempos tem sido objeto de reflexão crítica, devido sua baixa capacidade de preparar os profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde.

3. 2.1. Aspectos históricos do ensino em saúde

A vinda da família real portuguesa ao Brasil marca o início da formação em saúde no país. Os cursos oferecidos de 1808 até o Brasil República abarcavam a Medicina, a Farmácia e a Odontologia.

No Brasil, até a República dizia-se que a formação em saúde era “livre”. Esta se dava por “práticos” em serviços renomados na forma de “treinamento” onde as habilidades técnicas eram repassadas. Aprendia-se, portanto, com os profissionais mais experientes e no desenvolvimento do exercício dedicado mediante currículo e pedagogia “auto-regulamentados” (CARVALHO; CECCIM¹⁵).

As demais profissões, oriundas entre 1934 a 1939 foram a Biologia, o Serviço Social, a EF e a Nutrição que, neste momento, não estavam diretamente vinculadas à saúde, prestando-se à pesquisa em ciências naturais, à área social, à educação e à alimentação, respectivamente, o que justificava seu baixo impacto sob os indicadores de saúde.

Com a instalação do Conselho Federal de Educação (CFE) instiui-se o processo de tramitação para a autorização do funcionamento dos cursos de formação superior. O CFE foi instituído pela lei n. 4.024/1961 - LDB/1961, e teve a sua instalação no ano de 1962 (ROTHEN³⁰).

No ano de 1968, mediante reivindicações do movimento estudantil, instala-se, via governo militar, duas comissões para formular um conjunto de soluções para a universidade brasileira. A Comissão Meira Mattos e o Grupo de Trabalho da Reforma Universitária foram as comissões nomeadas sucessivamente.

Com a Reforma Universitária de 1968 e Lei Federal n° 5540 de 28 de novembro deste mesmo ano, denominada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior, define-se o conceito de currículo mínimo.

O currículo mínimo foi um avanço, pois organizou a formação através da proposição de um regime disciplinar ao qual correspondia um conjunto de disciplinas e atividades a serem cursados em um período pré-determinado. Assegurava, portanto, que conteúdos primordiais ao exercício profissional fossem contemplados durante a formação.

Maranhão e Silva³¹ apontavam algumas críticas ao currículo mínimo como a desarticulação dos conteúdos, dissociação entre a área básica e a clínica, além da especialização precoce.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional e com ela o currículo mínimo, vigoraram até a aprovação da segunda Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei Federal n° 9.394 aprovada em 20 de dezembro de 1996.

Além da LDB 9394/96 reafirmar o direito à educação, garantido pela Constituição Federal, ela estabeleceu os princípios da educação e os deveres do Estado em relação à educação escolar pública, definindo as responsabilidades, em regime de colaboração, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. Organizava, a partir de então, a educação em educação básica e ensino superior.

A segunda LDB anunciava as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) como direcionadora dos cursos de formação superior. As DCN são orientações que devem ser adotadas por todas as instituições de ensino. Elas têm como intuito assegurar que o egresso seja capaz de enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado e das condições de exercício profissional, enfatizando o “aprender a aprender”.

A partir dessa nova perspectiva anunciou-se uma nova proposta para a formação superior no Brasil; os cursos de graduação não mais representam a “única matriz da formação profissional”, sinalizando, com isso, a premissa de atualização contínua e educação permanente como necessárias ao aprimoramento das competências dos profissionais (CARVALHO. CECCIM¹⁵).

Como reflexo deste movimento, dos anos 2001 a 2004 as DCN para os cursos da saúde foram aprovadas. Dentre seus indicativos anunciou-se que a formação do profissional de saúde fosse contemplada e ordenada pelo sistema de saúde vigente e que o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde embasassem os cursos da área da saúde.

3.2.2 – Os desafios atuais na formação em Saúde

A revolução tecnológica e o decorrente processo de reorganização do trabalho vem demandando uma nova forma de interagir com o mundo e, como consequência, novos perfis profissionais. Nesse sentido, readequação de projetos políticos pedagógicos e de propostas curriculares dos diferentes níveis de ensino na saúde tem sido prevalentes.

Como apontado, já na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o descompasso da formação fora anunciado como um nó para o enfrentamento das necessidades de saúde regionais (MATTOS³²). Posteriormente, em 1988, a Constituição Federal atribuiu ao SUS à competência de ordenar a formação em saúde. Como reflexo disto, preconiza-se a articulação entre Ministério da Saúde, por intermédio do SUS, e o da educação por meio das instituições de ensino.

Entretanto, na realidade vigente ainda predomina graduação em saúde “centrada em conteúdos” e pautadas na “pedagogia da transmissão”, no formato enciclopédico e orientada pela doença e reabilitação (CARVALHO; CECCIM¹⁵).

Paim e Almeida Filho⁹ apontam que a formação condizente à formatação do nosso sistema de saúde é aquela que tem a pesquisa e o ensino dirigidos para a Atenção Básica, para a educação em saúde, com foco não apenas na pessoa, mas também na comunidade e na família, em seu contexto e considerando suas relações. Esta proposta de ensino “superadora” deve valer-se de disciplinas como a Saúde Coletiva – campo de saberes e práticas que tem as necessidades sociais de saúde como chave para a compreensão do processo de adoecimento – para sua consolidação. Os autores comentam que:

“(...) Tratar da saúde é, em última instância, compreender as tramas sociais que se desenrolam nos projetos e políticas públicas. Parece ingênuo aceitar o determinante biológico, como razão única, para conferir as análises sobre o processo saúde-doença. O adoecer humano não deve ser investigado ou tratado somente sob a forma de uma relação biológica de causa e efeito, tão simples, que desconsidere outros aspectos relevantes, tais como os contextos sócio-econômicos e históricos” (p.24).

É premissa também que, ao longo de seus cursos, os alunos do ensino superior precisam lidar, com autonomia crescente, com situações críticas e

contextos característicos do processo de trabalho, que estimulem a prática reflexiva e a (re) signifique.

Sabe-se também que as demandas da atualidade são complexas e dinâmicas e, por isso, exigem cuidado integral e profissionais habilitados a “aprender a aprender” e a trabalhar em equipe.

Aproximação do aluno, desde o início de sua formação, ao seu futuro campo de trabalho, seja para identificação profissional, seja para compreensão da realidade social que será cenário para suas práticas é relevante.

As diretrizes curriculares nacionais, definidas a partir de 2001, apontam para a necessidade de currículos integrados. Orientam para a formação de profissionais com perfis generalistas, humanistas, críticos e reflexivos e para a organização curricular em competências a serem desenvolvidas. Direcionam também para o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento (SILVA, et al¹⁴).

Para que a integralidade se efetive é necessário que haja maior integração entre os saberes, práticas e disciplinas durante formação. Pinheiro e Ceccim¹³ indicam que o ensino da integralidade está atrelado a novas formas de ensinar e praticar saúde, as quais se fundamentam no compromisso com a afirmação da vida e com a saúde como um direito de cidadania.

Para Carvalho e Ceccim¹⁵ o ensino em saúde deve priorizar critérios que contemplem “fatores de exposição”, asseguram que “para incorporamos modos e perfis são necessárias exposições de si e o contato com a alteridade (o outro despertando diferença-em-nós).

Pinheiro e Ceccim¹³ acrescentam que para formar segundo as DCN vigentes, torna-se necessário realizar dois movimentos contínuos por parte dos dirigentes de ensino:

“(...) Empreendedorismo ético-político de pensar a formação como educação permanente em saúde, colocando o cotidiano do trabalho e os impactos do trabalho sobre o processo saúde-doença nas coletividades (...). Centralidade da integralidade em saúde como uma noção construtiva e constituinte de saberes e

práticas com potência para superar a modelagem do ensino e dos serviços centrados em procedimentos” (...)(p15-16)

Sobre a seleção de conteúdos, estes mesmos autores ponderam que deva ser feita pelo princípio da integralidade, devendo, portanto, contemplar: (i) suporte às práticas de cuidado e curativas; (ii) aprendizado da construção; (iii) busca e uso de informações; (iv) aprendizado sobre o desenvolvimento da autonomia dos usuários – através do contato, conhecimento e compreensão de suas redes sociais; (v) apropriação e problematização das políticas de saúde e dos “desenhos tecno-assistenciais”; (vi) desenvolvimento das capacidades intelectuais e práticas para o exercício do apoio matricial; (vii) educação permanente.

3. 3- A Educação Física: caracterização e formação profissional

A Educação Física (EF) tem sua origem vinculada a dois grandes atores sociais, as escolas militares e a instituição médica, carregando uma constante busca por uma identidade que rompa com esse viés utilitarista assumido durante sua consolidação.

As primeiras publicações sobre a EF no Brasil são atribuídas a Rui Barbosa (1849-1923). Através de seus relatos é possível visualizar a influência da perspectiva médica e higienista sobre a EF (SOARES¹).

Soares¹ evidencia também Fernando de Azevedo (1894-1974) como outro importante intelectual da educação brasileira que contribuiu para a EF. A autora refere que o pensamento médico higienista de vertente eugênica presente no ideário pedagógico dos anos 20, influenciando a EF brasileira pode ser notado na sua obra.

Assim, a EF tem constantemente revisitado suas origens e propósitos na tentativa de reordenar sua formação e repensar suas formas e campos de atuação.

Atualmente, a EF é caracterizada como uma área de estudo, elemento educacional e campo profissional que responde pela análise, ensino e aplicação do conjunto de conhecimentos sobre o movimento humano

intencional e consciente, nas suas dimensões biológica, comportamental, sócio-cultural e corporeidade (AMARAL, et al³³).

É, portanto, intuito da EF, como intervenção profissional, o desenvolvimento da consciência corporal, estímulo e favorecimento das possibilidades e potencialidades de movimento com objetivos educacionais, de saúde, de prática esportiva e expressão corporal (AMARAL, et al³³), de acordo com a proposta, ambiente e público a ela atrelados.

A construção do Projeto da EF no Brasil, teve início quando os primeiros grupos de colonos, imigrantes, militares, dispostos em diferentes partes do território nacional, começaram a se estruturar em atividades com propostas de lazer, almejando a formação corporal, como também a disciplina (PIRES³⁴).

Para Soares¹, os escritos de Rui Barbosa e Fernando de Azevedo contribuíram e fundamentaram as argumentações pela inserção da EF no contexto educacional assim como, galgaram pela implantação dos Métodos Ginásticos, embebidos pela cultura europeia, na educação brasileira.

Identificam-se quatro propostas curriculares para a formação em EF desde 1939, quando a primeira delas fora concebida. Esta primeira proposta deu-se com a criação da Escola Nacional de EF e Desporto (ENEFD) na capital federal. A ENEFD era a “escola padrão” nacional e regia a formação em EF em todo o país.

O modelo de formação de 1939 respondia pela formação de cinco profissionais distintos: i) instrutores de ginástica - professores primários, ii) instrutor de ginástica - professor de EF, iii) médico especializado em EF, iv) técnico em massagem e v) técnico desportista. Azevedo e Malina³⁵ afirmam que na ENEFD, os médicos eram responsáveis pelas disciplinas teóricas e atletas de destaque esportivo ministravam as disciplinas práticas, o que nos dá indícios de uma formação biologicista e estritamente técnica.

Reforçando esta inferência, Pires³⁴ descreve que, das dezoito cadeiras disciplinares da ENEFD, apenas duas buscavam subsídios para organização dos conteúdos nas ciências do homem e da sociedade. A proposta de formação da ENEFD almejava a “(...) formação de um homem biologizado, influenciado e preocupado em reproduzir as mais variadas técnicas esportivas

(...), visto que a ênfase era a introdução do modelo desportivo de rendimento”. (GRUNNENVALDT³⁶, p.136).

Em 1945, os cursos de formação em EF tiveram seus objetivos e orientação revistos através do Decreto-Lei nº 8.270. Com este Decreto, o currículo mínimo foi alterado e houve a inclusão de estudos relacionados ao comportamento humano na formação. Isto assegurou que os currículos se adequassem às exigências das reformas pedagógicas deste período.

Este Decreto assegurava, ainda, singularidade para cada um dos cursos previstos em 1939. A modificação mais significativa, entretanto, foi a exigência de diploma, como pré-requisito para o ingresso nos cursos de EF infantil, Técnico Desportista e Medicina aplicada à EF e Desportos. O diploma requerido era o do ensino secundário fundamental que corresponde ao antigo ginásio, atual ensino fundamental, o que caracterizava a EF nesta data e até meados de 1957, como um curso técnico (PIRES³⁴).

A promulgação da LDB em 1961 também foi um marco para a formação em EF. Ela acarretou grande impacto para a formação, pois estipulou a disciplina EF como obrigatória para o ensino primário e médio. Como consequência desta “reserva de mercado” e divergência com a habilitação até então vigente, a formação passou a incluir disciplinas de formação pedagógica e priorizou a formação do “futuro educador” nos seus cursos (NETO E HUNGER³⁷). Este direcionamento fez com que os currículos da área contemplassem, no mínimo, 1/8 de sua carga horária para a formação pedagógica.

Haddad, et al³⁸ comentam que:

“Com a inclusão das disciplinas de formação pedagógica, a área de EF começou a priorizar a formação do futuro educador, sob influência da Pedagogia Nova, e não mais de um instrutor, explícito nos métodos ginásticos (alemão, sueco e francês). Nesse período também se verificou a abertura de novos cursos superiores de EF e o avançar do culto ao esporte – rendimento e espetáculo” (p.90).

Alguns anos adiante, com o Parecer 894/1969 e a Resolução 69/1969, o Conselho Federal de Educação (CFE) aprovou o segundo modelo de currículo para a formação de profissionais de EF.

Este modelo curricular era formatado por um bloco de matérias obrigatórias, subdivididas em i) básica, que contemplavam as disciplinas de cunho biológico; ii) profissional, respondendo pelas técnicas; e iii) pedagógica (Parecer no 672/1969). Essa proposta curricular visava tanto à formação do professor de EF com Licenciatura Plena, quanto à formação do Técnico Desportivo (CNE/CES 0058/2004).

Nesse modelo, as Instituições de Ensino Superior (IES) deveriam incorporar o modelo proposto para a EF e complementá-lo com as características e necessidades regionais. O curso passa a ter duração mínima de 1.800 horas/aula, as quais deveriam ser ministradas em, no mínimo, três e, no máximo, cinco anos*.

Com esta nova orientação, o final da década de 70 e início dos anos 80 foram cruciais para a consolidação da EF no Ensino Superior brasileiro. Neste período tivemos a implantação dos primeiros cursos de pós-graduação *stricto sensu* da área. Estes cursos estavam vinculados a Universidade de São Paulo (1977), Universidade Federal de Santa Maria (1979), Universidade Federal do Rio de Janeiro (1980) e a Universidade Gama Filho (1984).

Segundo Haddad, et al³⁸, este cenário contribuiu para o aumento progressivo da titulação dos docentes universitários da área, auxiliando o processo de construção de corpo próprio de conhecimentos que passaram e subsidiar teoricamente a área.

Collet, et al³⁹ ilustram que, neste mesmo período, mais precisamente 1979, 1981, 1982 e 1984, diversos foram os encontros cuja temática contemplava o currículo de formação em EF. Esses debates contribuíram para a elaboração de uma proposta de reestruturação dos cursos que resultou na Resolução 03/CFE/87. Esta Resolução ampliou as possibilidades de formação profissional e viabilizou a abertura de novos cursos.

* Nesse processo de mudança curricular, como reflexo da ditadura militar, a única matéria que não foi aprovada no Conselho Federal de Educação, apesar de ter sido consenso entre os professores de Educação Física e também apresentada no Parecer 8.94/69, como indispensável na formação educacional, foi a Sociologia.

Juntamente com o Parecer nº 215/87, a Resolução nº 03/87 fazia com que o modelo curricular baseado em um currículo mínimo comum chegasse ao fim; as IES de EF passaram a ter os currículos baseados em áreas do conhecimento e não mais em disciplinas obrigatórias e a elas cabia a proposição de matérias e disciplinas.

Adotou-se, com isso, uma carga horária mínima de 2.880 horas-aula e a possibilidade de titulações/habilitações como Licenciado em EF e/ou Bacharel em EF. Quanto à estrutura curricular, os cursos de EF passaram a compreender dois grandes blocos temáticos: o de Formação Geral e o de Aprofundamento de Conhecimentos.

Esta proposta perdurou até 1997, quando frente a novos descontentamentos e proposições, coube a Comissões de Especialistas (COESP) vinculadas a Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC) sistematizar, debater e definir Diretrizes Curriculares para os cursos de EF.

Após debates e entraves, a COESP, decidiu preservar as linhas gerais da Resolução no 03/87 e incorporou as reformulações propostas pelas 24 (vinte e quatro) IES que responderam ao Edital de número 04/97 (SESu/MEC).

Ao final de 1999, tinha-se, portanto, a proposta de DCN da COESP estruturando a formação do graduado em EF a partir de dois núcleos de conhecimentos: i) Conhecimento Identificador da Área e ii) Conhecimento Identificador do Tipo de Aprofundamento*.

Cabe pontuar que o final dos anos 90 foi, de fato, um período efervescente para a EF. Como indica Haddad, et al³⁸, ele foi marcante em decorrência da promulgação da nova LDB (Lei nº 9.394/96) e também pelo reconhecimento da área pela saúde (Resolução nº 218/CNS/1997)**; além

* O Conhecimento Identificador da Área abrangia um núcleo de Formação Básica e um núcleo de Formação Específica. O Conhecimento Identificador do Tipo de Aprofundamento era compreendido por um conjunto de conhecimentos vinculados às possibilidade de intervenção acadêmico-profissional (CNE/CES 0058/2004).

** “O Conselho Nacional de Saúde, por meio da Resolução no 218/CNS/1997, reconheceu os profissionais de Educação Física como profissionais de saúde. Além de destacar a importância da ação interdisciplinar nas diversas profissões, como atitude imprescindível ao avanço da saúde integral para a população brasileira, esta resolução reconheceu a Educação Física como área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem entre seus objetivos de estudo, as perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde” (HADDAD³⁸ P.93).

disso tivemos a regulamentação da profissão (Lei nº 9.696/1998) e a consequente criação do sistema CONFEF/CREF que passaram a reger a EF.

O atual modelo de currículo de formação de EF é oficializado em 2002. Esta nova proposta distingue a habilitação em “licenciatura”, conhecida tecnicamente como Formação de Professores na Educação Básica (Resoluções nº 1 /2002 e nº 2/2002 do Conselho Nacional de Educação - CNE), da formação em “bacharelado” que, para evitar ser confundido na Europa com curso de ensino médio, passa a ser chamada oficialmente como Graduação em EF (Resolução nº 7 / 2004 do CNE).

Rompe-se, assim, lamentavelmente, com a tradição da formação generalista e ampliada na EF que passa a ser regida pelo o ambiente e demanda profissional, correndo o risco de mais uma vez reduzir o olhar para a área.

A Resolução 02/2002 postulou, também, 2.800 horas como carga horária mínima e, no mínimo, três anos letivos de curso para a formação em EF, a meu ver, mais um equívoco a ser evidenciado.

Dois anos mais tarde, em 2004, a Resolução 07 resgatou a autonomia das IES, anunciando a graduação como formação inicial onde deveria ser estimulado o “ensinar a aprender” e a articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Sinalizava, ainda, a necessidade da formação continuada para os egressos.

Esta Resolução foi complementada pela Resolução nº 4 do CNE, em 2009 que deu indicativos quanto à carga horária mínima e sobre os procedimentos relativos à integração e duração dos cursos de graduação em EF (Licenciatura e Graduação).

A análise deste movimento nos possibilita visualizar que existe um grande distanciamento da formação eminente na EF com a proposta de formação idealizada para as profissões da saúde.

Neste sentido, Pasquim²⁵ denuncia que as DCN da área, mesmo anunciando que o egresso do curso deve atuar com aspectos de “prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde”, em nada alterou a formação. Este autor conclui que a ressalva no documento é apenas uma estratégia de reserva de mercado sem a devida consciência disto para a categoria, serviço e população. Anjos e Duarte⁸ também concordam que há um descompasso entre

a formação profissional em EF e a demanda profissional anunciada para o SUS e para a AB.

Coutinho⁴⁰ complementa o exposto anunciando que, para o profissional de EF, um dos maiores impedimentos para a atuação na AB é a constatação de que sua formação não o formou adequadamente para a atuação neste setor.

Capítulo IV: Metodologia

4.1 – Fundamentação Metodológica

Segundo Selltiz⁴¹ a finalidade da pesquisa é descobrir respostas para questões por meio dos métodos científicos. Neste estudo, de caráter exploratório, foram empregadas abordagens quantitativa e qualitativa de modo complementar na coleta de dados, de modo a ampliar a compreensão e apreensão do objeto em análise.

Para Minayo⁴², tais abordagens podem ser combinadas desde que seja respeitado o emprego das diferenças entre os dois métodos, o que pode inclusive, contribuir para o enriquecimento da análise proposta.

Bogdan e Biklen⁴³ citam como possibilidades de utilização de duas abordagens, as vertentes combinatória e integrativa. A vertente combinatória estabelece uma relação dicotômica entre as metodologias quantitativa e qualitativa; pode-se dizer que uma é usada como suporte para outra. Já na vertente integrativa, configura-se uma relação entre a quantidade e a qualidade dos dados de modo seqüencial e inclusivo.

Minayo e Sanches⁴⁴ complementam a assertiva de que “(...) o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente e vice-versa” (p. 247).

Fazendo uso das frases de Bauer e Gaskell⁴⁵ “Não há quantificação sem qualificação” e “Não há análise estatística sem interpretação”. Bauer e Gaskell⁴⁵ complementam o exposto com a reflexão:

“Tradicionalmente, a pesquisa qualitativa foi considerada apenas no estágio exploratório do processo de pesquisa (pré-desenho), com a finalidade de explorar distinções qualitativas, a fim de se desenvolver mensurações, ou para que se tivesse certa sensibilidade com o campo da pesquisa. Formulações mais recentes consideram a pesquisa qualitativa como igualmente importante depois do levantamento, para guiar a análise dos dados levantados, ou para fundamentar a interpretação com observações mais detalhadas (pós-delineamento). (...) Finalmente a pesquisa qualitativa é vista como um empreendimento autônomo de pesquisa, no contexto de um programa de pesquisa com uma série de diferentes projetos” (p.26).

4.2- Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em duas etapas e a investigação ocorreu no município de São Paulo, onde o sistema de saúde organiza-se em Coordenadorias Regionais de Saúde* (Figura 1)**; segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) é um dos municípios em que a Atenção Básica encontra-se melhor estruturada. O município aloca o maior número de Equipes de Saúde da Família do estado e foi pioneiro na implantação do NASF.

* O gerenciamento da saúde em São Paulo é feito pelas denominadas Organizações Sociais de Saúde (OSS). Fato a ser destacado, é que, existem diferentes “parceiros” nas diferentes Coordenadorias, como também em uma mesma. Isso faz com que o trabalho realizado pelos diferentes atores, assumam características diferentes entre si.

** No Anexo III encontra-se um mapa do município de São Paulo dividido em bairros/regiões.



Figura 1: Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/index.php?p=6541>. Acesso em: 15 de janeiro de 2011.

Diferentemente do que acontece em outros municípios, encontramos profissionais de EF alocados na equipes do NASF. Cerca de 30% dos profissionais de EF vinculados ao SUS do Estado de São Paulo encontram-se na capital.

A consolidação do PSF em São Paulo e, conseqüentemente, do NASF, está atrelada a sua história no município. Sua implantação data de 1996 pelo Governo do Estado com o nome de Projeto Qualis nas zonas Leste, Sul, Norte e Sudeste, em parceria com entidades sociais, como a Casa de Saúde Santa Marcelina, Universidade Santo Amaro, Fundação Zerbini e Associação Congregação Santa Catarina.

Em 2002, todas as equipes do Qualis criadas pelo Estado foram repassadas para a gestão municipal conforme as diretrizes de municipalização da atenção básica do Ministério da Saúde, mas o programa teve continuidade como PSF.

No período da coleta dessa pesquisa havia cerca de 1,2 mil equipes* na capital. Com isso, a cobertura da população cadastrada no PSF era

* Fonte: CREMESP: Série de Reportagens Sobre o Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=1109>. Acessado em: 11/01/2011.

de 38%, o que assegurava índices de 70% de aleitamento materno exclusivo e 98% de cobertura vacinal em menores de um ano, por exemplo.

A partir de julho de 2008 foram implantadas as equipes de Apoio Matricial agrupadas nos NASF, que em parceria com as equipes de Saúde da Família tem contribuído para o aumento da resolubilidade da Atenção Básica e organização do SUS. As equipes de NASF somam, atualmente, 86 núcleos de apoio e dividem-se nas coordenadorias de saúde segundo a ilustração a seguir (Figura 2).

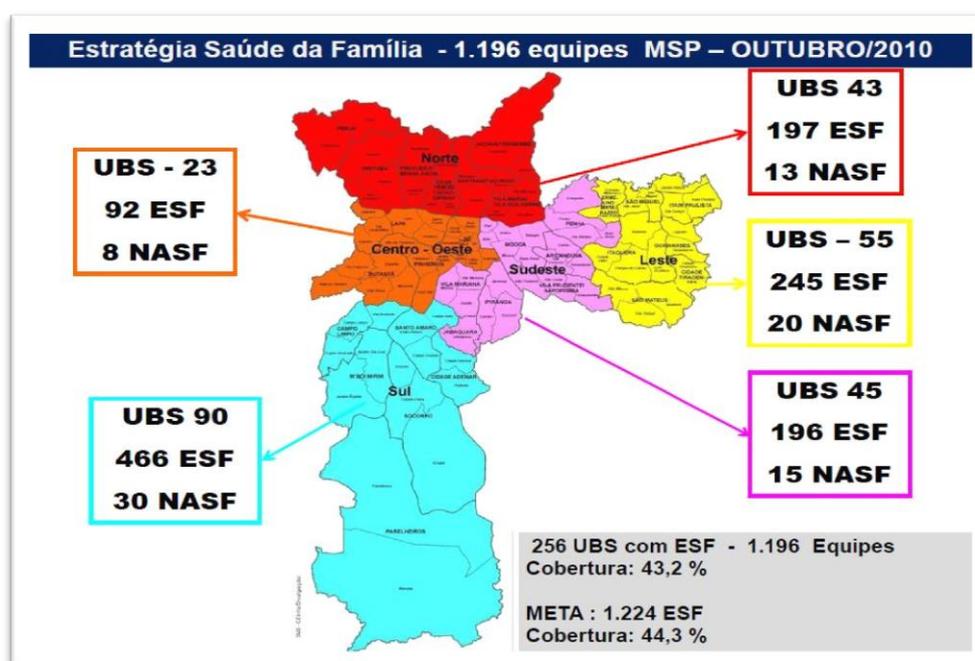


Figura 2: [Distribuição das equipes de saúde da família e equipes NASF do Município de São Paulo](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf.pdf) (período de referência: Outubro de 2010). Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/equipes_esf.pdf. Acesso em: 27 de janeiro de 2011.

O processo de implantação do NASF no município de São Paulo foi pautado pelo entendimento de que a contratação desses profissionais não consistia na inserção de uma rede nova de serviços, mas sim em estratégia de ampliação e qualificação da assistência, fortalecendo a rede de cuidados existente (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO⁴⁶).

A implantação teve início com a articulação entre as cinco Coordenadorias Regionais de Saúde que elencariam as categorias profissionais a serem contempladas por seus respectivos NASFs. A escolha orientou-se pelo perfil epidemiológico da região, quantificação de serviços instalados e estudo das principais demandas e necessidades de saúde da área. Naquela época, a Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde recomendou a priorização de profissionais das áreas de saúde mental, reabilitação, pediatria e ginecologia (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO⁴⁶).

Uma particularidade do município de São Paulo é a figura do Coordenador de equipe do NASF, responsável pela organização do processo de trabalho, com o direcionamento e a integração do trabalho dos Núcleos, em consonância com as equipes de ESF apoiadas.

4.2.1. Profissionais de EF que atuam na Atenção Básica no Município de São Paulo

Este profissional foi inserido no final de 2008, início de 2009, no contexto proposto pela Secretaria Municipal da Saúde: “as equipes do NASF devem se organizar em dois, três ou mais profissionais ou até mesmo toda a equipe, rodiziando-se nas UBSs onde estão as equipes a serem trabalhadas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO⁴⁶, p. 5).

A inserção desses profissionais acontece mediante a aprovação em processos seletivos e subsequente contratação pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS). O processo de trabalho, assume quatro eixos principais que orientam as atividades a serem desenvolvidas: i) Ações Compartilhadas; ii) Atendimento Específico; iii) Ações Intersetoriais; iv) Outras Atividades (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO⁴⁶).

Segundo este documento, cada um dos eixos é composto por propostas de atuação para as diferentes categorias do NASF, ficando evidente que todos

os profissionais devem atuar nos mesmos eixos, sendo que a proporção da carga horária destinada a cada ação difere para cada uma das categorias profissionais.

Para os Profissionais de EF a distribuição corresponde à ilustração contida na Figura 3, a qual também descreve as atividades previstas em cada eixo:

AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF	CATEGORIAS PROFISSIONAIS				
	PROPORÇÃO MENSAL DE HORAS POR PROCEDIMENTO				
	Farmacêutico	Assistente Social	Prof. Ed. Física	Nutricionista	
AÇÕES COMPARTILHADAS	Reuniões com equipe saúde da família	15-25%	15-25%	15-25%	15-25%
	Reuniões técnicas			15-25%	
	Consulta / atendimento domiciliar compartilhada	10%	5-20%	10%	5-15%
	Consulta / atendimento prof. nível superior compartilhada			5%	
	Visita domiciliar compartilhada	5-15%	5-15%	5%	5-15%
	Atividade educativa / orientação compartilhada				
	Prática corporal / atividade física compartilhada				
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa compartilhada	15-30%	10-20%	15-30%	10-20%
	Grupo com objetivo terapêutico compartilhado				
	Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas				
ATENDIMENTO ESPECÍFICO	Consulta / atendimento profissional nível superior	10%	5-5%	5%	5-15%
	Atividade educativa / orientação				
	Prática corporal / atividade física				
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa	20-30%	10-25%	20-30%	10-25%
	Grupo com objetivo terapêutico				
AÇÕES INTER-COMUNIDADE	Reuniões com recursos da comunidade				
	Reuniões com conselho gestor	5%	5-15%	5%	5%
	Visita institucional				
OUTRAS ATIVIDADES	Reuniões com equipe NASF				
	Atividades administrativas				
	Reuniões gerais UBS	10%	10%	10%	10%
	Educação continuada equipe NASF				
TOTAL	70-130%	60-140%	70-130%	65-130%	

Figura 3: Proposta de distribuição da carga horária dos Profissionais de EF segundo atividades desenvolvidas; metas de produção mensal. Adaptado de: Prefeitura Municipal de São Paulo, 2009 ⁴⁶ p. 14.

Essas atividades devem, mensalmente, ser descritas em planilhas específicas, que são revisadas pelo Coordenador e enviadas à Secretaria Municipal de Saúde. Cada profissional possui um modelo de planilha.

4.2.2. Cursos de Educação Física do Município de São Paulo

A Educação Física é uma das áreas da saúde com o maior número de cursos de graduação (PASQUIM²⁵). Segundo Pasquim²⁵, existem cerca de 893 cursos no nosso país. A capital paulistana abarca 32 deles, segundo dados do Conselho Regional de Educação Física (CREF).

Da totalidade dos cursos do município de São Paulo, 27 são vinculados a universidades, com 13 dirigentes. Destes 27 cursos, 2 deles pertencem a instituições públicas estaduais.

Embora exista a interface com a educação, a maior parte dos cursos encontra-se alocado conjuntamente com a medicina e outras áreas da saúde.

4.3- População de Estudo

A população de estudo dessa pesquisa foi composta por Profissionais de EF que atuam na Atenção Básica do serviço público de saúde e coordenadores de cursos de EF vinculados à universidades do município de São Paulo.

A primeira etapa de estudo pretendeu atingir o universo dos profissionais de EF em atividade na AB do município (à época da coleta de dados, correspondente a 48 profissionais). Para este grupo utilizou-se como critérios de inclusão: i) atuação no município de São Paulo; ii) registro no CNES; iii) atuação na Atenção Básica; iv) registro no conselho de classe (Conselho Regional de EF).

Dos 48 profissionais, 38 foram localizados e 22 responderam ao questionário (um estava afastado por motivos de saúde e um acabava de se desligar do serviço, mas ainda constava no cadastro).

Na segunda etapa da coleta de dados, foram realizadas entrevistas com os coordenadores de curso. Dos 13 coordenadores, entrevistamos 7 (1 se recusou a participar e 5 não responderam as chamadas). Os 7 que participaram coordenam 13 cursos.

Nos cursos em que existe a presença de coordenador geral e coordenadores adjuntos, apenas o primeiro foi abordado, visto que, na lógica destas instituições, é ele que responde diretamente pelos cursos.

Também foi apresentado aos coordenadores a possibilidade de indicar um professor para participar da pesquisa mediante sua falta, interesse e/ou disponibilidade para participar. Em nenhum dos casos, no entanto, isso aconteceu.

4.4 – Instrumentos de Coleta de Dados

Um questionário foi empregado na primeira etapa da pesquisa, como forma de aproximação ao objeto de pesquisa. Este instrumento foi composto por duas partes: uma de caracterização dos sujeitos e outra composta por um questionário do tipo Likert, com assertivas sobre a prática do Profissional de EF no SUS e dados referentes à sua formação (apêndice 4).

A construção das assertivas foi elaborada a partir da aproximação do pesquisador com o objeto de pesquisa e, principalmente, a partir da literatura referente à formação profissional e atuação do Profissional de EF no SUS. Frente às assertivas, os respondentes apontaram seus graus de concordância ou discordância.

Sobre o questionário, vale pontuar que ele representa uma das formas mais importantes para o levantamento de dados por amostragem. Este instrumento é aqui compreendido como “um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua

opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informação biográfica” (YAREMKO et AL, 1986, p. 186, Apud GÜNTER ⁴⁷).

A escala Likert surgiu frente a um movimento ocorrido nos anos 20 e 30. Este foi um período em que a medição de atitudes se tornou alvo dos estudiosos, tendo em vista que era intuito dos intelectuais da época assegurar sua medição a fim de atribuir-lhe cientificidade, padrão compatível ao pensamento deste período. Thurstone e Likert foram nomes que representaram esta fase, desenvolvendo metodologias destinadas a medição de atitudes, denominadas escalas de atitudes.

Tais técnicas partem do pressuposto de que é possível medir atitudes através de respostas verbais a uma determinada situação; para tal, é proposto, aos respondentes uma série de proposições padronizadas e solicita-se a estes, o grau de acordo ou desacordo com cada uma delas. Diz-se, portanto, que os princípios da construção das escalas de atitudes têm como base a psicofísica (ANDRICH, 1998 Apud CUNHA⁴⁸).

A proposta de Likert data de 1932 e foi considerada revolucionária por superar a de Thurstone, de 1929. A diferença entre ambas consiste na graduação das respostas para cada assertiva; na escala de Thurstone as possibilidades de resposta eram dicotômicas: concordavam ou discordavam. A escala de Likert avança no sentido de graduar o grau de concordância ou discordância.

A proposição de Likert foi apresentar a resposta em 5 graus, sendo um extremo o total desacordo (grau 1), e o outro extremo o total acordo (grau 5); o ponto intermediário (grau 3) representa indecisão.

Cunha⁴⁸ alerta, entretanto, que Likert não sugeriu um novo modelo; a autora assinala que o estudioso apenas propôs uma outra forma de construção para as escalas de atitude visando melhorar a fidedignidade de seus resultados.

Para Minayo⁴⁹, o questionário tipo Likert busca mensurar valores, opiniões e vivências intersubjetivas no campo das Ciências Sociais. Marconi e Lakatos⁵⁰ afirmam que esse tipo de escala é ideal para conhecer atitudes e opiniões qualitativas que permitem a quantificação. Por isso optou-se por esse tipo de escalonamento no questionário desta pesquisa.

O questionário foi previamente testado por meio de um estudo piloto, por três sujeitos de mesma formação acadêmica que a dos entrevistados. Segundo apontamentos dos mesmos, foi adaptado.

Através do contato com o Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa da Secretaria do Município da Saúde (SMS) de São Paulo e com a Coordenadoria da Atenção Básica, iniciamos o diálogo com as Coordenadorias Regionais de Saúde para iniciar a articulação com os profissionais de EF.

Embora o CEP indicasse que o termo de autorização da Coordenadoria da Atenção Básica era suficiente para estabelecer contato com as Coordenadorias, elas se organizaram de modo diferente para responder à nossa solicitação de disponibilização do seu banco de dados. O contato com as coordenadorias foi realizado via telefonema e e-mail com disponibilização de todo o material necessário (pareceres dos CEPs, cópia do projeto e termo de autorização da Coordenadoria da Atenção Básica) e com solicitação de esclarecimento sobre os trâmites necessários para início da articulação com cada uma delas.

Não obtivemos retorno apenas da Coordenadoria Sul. A Coordenadoria Norte respondeu diretamente e disponibilizou o contato de seu profissional (há apenas um Profissional de EF vinculado a esta Coordenadoria). As Coordenadorias Centro-Oeste e Leste disponibilizaram o contato dos coordenadores dos NASFs ou das instituições a que eles são vinculados e a coordenadoria Sudeste solicitou participação em reunião do Núcleo de Educação Permanente – NEP e depois seguiu o mesmo fluxo.

Como já mencionado, a saúde em São Paulo é gerida, em vários serviços de São Paulo pelas Organizações Sociais de Saúde, as OSS. Isto foi um dificultador na articulação com os coordenadores de NASF, pois não foi possível acessar a muitos deles devido ao não retorno de suas instituições.

Na segunda etapa da pesquisa, foi elaborado um roteiro de entrevista de aprofundamento a partir dos dados encontrados na primeira etapa, com os coordenadores de cursos de EF ligado à universidades no município de São Paulo.

O contato com os coordenadores foi feito via telefone para apresentação da pesquisadora e intenção de pesquisa, contato via correio eletrônico com cópia do projeto, pareceres do CEP da SMS/SP e da UNIFESP, explicação da

dinâmica de entrevistas e apresentação de sugestão de data e horário para agendamento. Na sequência, um novo contato telefônico foi feito para confirmar o agendamento. Não havendo resposta, semanalmente um novo e-mail era enviado e um novo contato telefônico era realizado.

Na elaboração do roteiro das entrevistas, elegemos cinco núcleos direcionadores: i) Concepção do trabalho do Profissional de EF na AB; ii) Competências para a atuação na AB; iii) Contribuição da Graduação para o desenvolvimento das competências necessárias para o trabalho na AB no que diz respeito a: oferta de estágios e aproximação com o campo; abordagens utilizadas; terminalidade da Graduação; necessidade de mudanças; iv) Dificuldades que impedem a adequação da formação para a atuação na saúde e v) Sugestões para o aprimoramento da formação para a otimização da formação para a saúde.

Minayo⁵¹ define entrevista semi-estruturada como aquela “que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto” (Minayo⁵¹, p.108).

Os entrevistados consentiram com a gravação em áudio. Nos dias imediatamente seguintes a cada entrevista, a própria pesquisadora transcreveu todo o material na íntegra.

4.5 – Análise de Dados

Os dados coletados através do questionário com o grau de concordância ou discordância às assertivas foram tabulados e expressos em forma de gráficos.

As respostas das entrevistas foram gravadas em áudio, mediante o consentimento do entrevistado. Posteriormente, este material foi transcrito integralmente pela própria pesquisadora. Foram respeitadas as pausas, gestos, mímicas e outras expressões que puderam complementar a comunicação oral presentes nas entrevistas.

A transcrição das entrevistas foi realizada em um período de até cinco dias após a entrevista, visando melhor aproveitamento da memória e da lembrança acerca do momento da entrevista.

Os dados foram tratados pela Análise Temática, uma das técnicas de Análise de Conteúdo. A análise de conteúdo permite descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (FRANCO⁵²).

Duarte⁵³ alerta que:

“Analisar entrevistas também é tarefa complicada e exige muito cuidado com a interpretação, a construção de categorias e, principalmente, com uma tendência bastante comum entre pesquisadores de debruçar-se sobre o material empírico procurando “extrair” dali elementos que confirmem suas hipóteses de trabalho e/ou os pressupostos de suas teorias de referência. Precisamos estar muito atentos à interferência de nossa subjetividade, ter consciência dela e assumi-la como parte do processo de investigação” (p. 216).

Na análise de conteúdo, os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso foram caracterizados pela presença de temas determinados (MINAYO^{51,54}).

Partimos da premissa apontada por Franco⁵² de que toda Análise de Conteúdo implica comparações textuais; isso porque, assume-se que um dado sobre um conteúdo de uma mensagem deve, necessariamente, estar relacionado, no mínimo, a outro dado, e, como já referido a mensagem é o ponto e partida do método em questão.

As unidades de contexto referiram-se à parte mais ampla do conteúdo, o “pano de fundo” que imprimia significado aos núcleos direcionadores investigados. As unidades de registro corresponderam “a menor parte do texto, cuja ocorrência é registrada de acordo com as características levantadas”. Num

segundo momento foi feita a codificação dos dados a partir das unidades de registro, emergindo daí as categorias (FRANCO⁵²).

As categorias foram identificadas após leituras cuidadosas das unidades de contexto e suas respectivas unidades de registro. Seguimos as recomendações de Franco⁵²: “a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um agrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos.” (p. 57)

4.6 – Procedimentos éticos

O presente estudo seguiu as orientações da Resolução nº 196/96.

Após autorização para a realização desta pesquisa pela SMS de São Paulo (Apêndice 1), ela fora encaminhada aos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da SMS de São Paulo (Anexo 1) e Universidade Federal de São Paulo (Anexo 2). A aprovação se deu através dos protocolos CEP/SMS 268/11 na SMS São Paulo e CEP0967/11 pela UNIFESP.

Cabe sinalizar que a coleta de dados ocorreu somente após a aprovação nos CEP supramencionados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices 2 e 3) sancionou a participação no estudo, de forma livre, garantindo o esclarecimento das eventuais dúvidas, ao longo de toda pesquisa. Foi assegurado o sigilo absoluto dos sujeitos.

Todos os participantes, profissionais de EF em atuação na AB e coordenadores de cursos de formação em EF assinaram o TCLE.

Capítulo V: Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão da presente pesquisa foram agrupados nos três subcapítulos abaixo:

5.1 - A Atenção Básica como campo de prática do profissional de Educação Física

5.2 - As contribuições da graduação para o desenvolvimento da competência profissional para a atuação na Atenção Básica

5.3 - Desafios e sugestões de aprimoramento na formação profissional de Educação Física para a atuação na Atenção Básica

5.1- A Atenção Básica como campo de prática do profissional de Educação Física

Data de 1998 o reconhecimento da Educação Física como uma das profissões da área da saúde e de 2008 a inserção do Profissional de Educação Física no SUS. Anteriormente sua inserção era pontual e vinculada a iniciativas regionais; com a criação do NASF, este movimento atinge âmbito nacional.

Como já mencionado, a origem da inserção do profissional de EF no serviço público de saúde surge com a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) em 2006. A PNPS, com o enfoque de promover a qualidade de vida das comunidades, acordou com os gestores do SUS o compromisso de garantir sustentabilidade às iniciativas de indução das práticas corporais, assim como a articulação intersetorial para a melhoria das estruturas e espaços urbanos favorecedores da atividade física, por considerá-las cruciais para o enfrentamento dos acometimentos da população atual.

Dessa forma, consolida-se a proposta dos NASF que tem como uma de suas áreas temáticas as “Práticas Corporais e Atividade Física”, contemplando o profissional de Educação Física nas equipes de apoio interprofissional com intervenção na AB.

5.1.1 O perfil do profissional de EF que atua na Atenção básica

Dos profissionais de Educação Física que atuam na Atenção Básica no serviço público de saúde do município de São Paulo que responderam ao questionário da pesquisa, 12 são mulheres (54,5 %) e 10 homens (45,5%).

Resultado semelhante foi encontrado por Cotta, et al⁵⁶, ao analisarem o perfil de profissionais que compunham as ESF do município de Teixeira no estado de Minas Gerais. Neste estudo, 57% dos profissionais eram do sexo feminino.

A predominância do gênero feminino na AB vai ao encontro da atuação no magistério. O estudo de Lapo⁵⁵ sinalizou que, de fato, o magistério era um espaço predominantemente feminino: dos 29 ex-professores que compuseram seu grupo de voluntários, 22 eram mulheres, ou seja, 75,86% do total.

Metade dos profissionais encontra-se graduado há até 5anos. Da outra metade, 10 são formados num período entre 6 e 10 anos e apenas 1 está graduado há mais de 10 anos (Tabela 1).

Distribuição dos PEF que atuam na AB segundo Faixa Etária

Faixa Etária	Soma de Total de Indivíduos	Soma de Percentual
20 a 25 anos	2	9,09
26 a 30 anos	10	45,45
30 a 35 anos	7	31,81
35 a 40 anos	2	9,09
40 a 45 anos	1	4,54
Total geral	22	100

Tabela 1: Distribuição dos Profissionais de EF que atuam na AB segundo Faixa Etária

Essa distribuição etária dos profissionais que atuam neste setor (predominantemente jovens) é congruente com a recente implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ocorrida em 2008.

O estudo de Cotta, et al⁵⁶, mesmo tendo distribuído sua amostra em intervalos de 10 anos, também sinaliza que os profissionais das ESF do município de Teixeira são jovens. Nesse estudo, esta faixa etária representou 42,9% do grupo que compôs sua amostra.

Grande parte dos profissionais entrevistados tem como única formação a Educação Física e são oriundos de instituições privadas (15). Mais da metade do grupo não possui curso de pós-graduação (12) e os que possuem priorizam a área da Saúde Coletiva/Pública (6) seguida pela área de prescrição de Atividade Física para grupos especiais (3). Além das áreas supramencionadas, 1 desses profissionais, se especializou em sociopsicologia.

Estudo realizado por graduandos de um curso de EF comparou o perfil de profissionais de EF do município de Lençóis Paulista em atuação em escolas e academias. Esse estudo apontou que 71,43% dos profissionais que atuavam em escolas frequentaram programas de pós-graduação e dentre o grupo que atuava em academias, 57,14% frequentaram cursos de pós-graduação (SANTOS, et al⁵⁷).

Apesar da procura prévia pela Pós-Graduação não acontecer para a maioria dos profissionais da AB, esta é a tendência esperada, uma vez que a graduação em saúde, segundo as diretrizes curriculares nacionais, se organiza para assegurar uma formação de generalistas (5) e os egressos tendem a aprimorar-se através nos programas de pós-graduação.

Este estudo evidenciou que a totalidade dos entrevistados possui vínculo - CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e 21 deles (95,45%) tem a Atenção Básica como sua principal atividade. Ainda abordando as atividades laborais do grupo, encontramos que 05 desses profissionais possuem outro trabalho: na área da educação (2), em centros de recuperação na área da saúde (1), treinamento personalizado (1) e com pesquisa científica em centros de estudo na área da Educação Física (1).

Importante enfatizar que a predominância do vínculo CLT é resultado da presença das Organizações Sociais de Saúde na gestão da saúde no município de São Paulo.

Cabe ressaltar, entretanto, que este tipo de vinculação trabalhista também acontece em municípios onde a gestão não acontece com a presença de organização sociais, embora em menor proporção. Santini, et al⁵⁸ revelaram que apenas 55,42% dos profissionais das ESF de municípios de pequeno porte do estado do Paraná ingressaram no setor via concurso público. Esta tendência parece, portanto, ser crescente e atingir inclusive categorias profissionais inseridas em período anterior à implantação dos NASF.

Santini, et al⁵⁸ revelam ainda que, dentre os contratados, a forma de vinculação mais frequente (53,01%) se dá por intermédio da CLT e, diferente do que acontece com os profissionais de EF de São Paulo, o empregador é diretamente o Município de referência do profissional da ESF.

5.1.2 A opção pelo trabalho em Atenção Básica

Investigamos os motivos que justificam a opção dos profissionais de Educação Física para a atuação na área da saúde/Atenção Básica. Dentre as assertivas propostas foram apresentados os temas: questão financeira; questão ideológica e compromisso com a sociedade; afinidade com a temática; facilidade de inserção na área da saúde; dificuldade de inserção na área da educação e/ou em academias/clubes; estabilidade e comodidade que o setor oferece por alocar o profissional em apenas uma unidade.

Frente à assertiva “Eu optei pela saúde por questões financeiras”, observa-se uma heterogeneidade nas respostas (22,72% concordam, 31,81% discordam e 13,63% mostram-se sem opinião a respeito) (Figura 4).

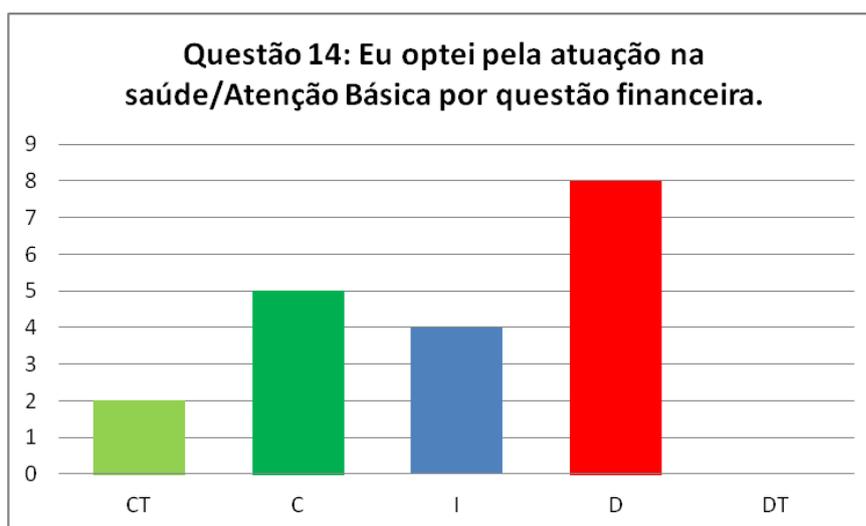


Figura 4: Gráfico referente a assertiva “: Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica por questão financeira”

Embora haja um número maior de discordâncias que remetam à influência da questão financeira na escolha da Atenção Básica, devemos sinalizar que esta é uma das áreas que possui melhor remuneração para os profissionais de EF.

Dados do SINPEFESP (Sindicato dos Professores de Educação Física do Estado de São Paulo) definem o piso salarial para a categoria. A partir de janeiro de 2012, esse piso foi definido como R\$1.576,96 (hum mil, quinhentos e setenta e seis reais e noventa e seis centavos) por jornada de 220 horas

mensais, ou seja, 44 horas semanais, considerando os municípios da grande São Paulo^{*}. Um dos Editais para atuação no NASF, em contrapartida, para a mesma jornada de trabalho e considerando o mesmo ano como referência, oferecia a remuneração de R\$4.051,29 para o profissional de EF^{**}.

Cabe pontuar que esta situação é algo que diverge de acordo com a categoria profissional. Em um estudo com o objetivo de delinear o perfil dos profissionais e a organização do trabalho na ESF no Município de Teixeira, no Estado de Minas Gerais, um grupo de pesquisadores confirmou esta afirmativa. Para o grupo, a remuneração recebeu diferentes classificações de acordo com a ocupação; foi considerada razoável por médicos (66,7%), enfermeiros (66,7%) e Agentes Comunitários de Saúde (39%); e baixa, para a maioria dos auxiliares de enfermagem (66,7%) (Otta, et al⁵⁹).

Para Otta e cols⁵⁹, a remuneração é variável e em alguns casos, há pareamento apenas para os profissionais não médicos das equipes de apoio; o quadro geral que indica a satisfação com a remuneração diz que: 43% dos entrevistados a consideraram razoável; 32,1%, acham que é baixa; 17,9%, muito baixa e apenas 7,1% consideram sua remuneração boa.

Os valores também variam de região para região, e quando há a presença de OSS na gestão das unidades e na gestão de pessoas, há também discrepância entre cada uma delas.

Por outro lado, a questão ideológica e compromisso com a sociedade, assim como a afinidade com a temática tiveram grande influência para a escolha da área. Do total dos 22 respondentes, 72,72% concordam com a assertiva “Eu optei pela atuação na saúde/AB por questão ideológica e compromisso com a sociedade”. Apenas 9,09% discordam e 22,72% não têm opinião formada a respeito (Figura 5).

* SINPEFESP (empregados) e SINDICLUBE (patronal) - principais cláusulas da convenção coletiva de trabalho para 2012. Disponível em: http://www.sinpefesp.net/portals/1/img_new/princ_claus_Conv_Col_Trab_Sinpefesp_Sindeclube_2012.pdf

** Edital de processo seletivo para profissionais do PSF UNASP – 2011. Disponível em: http://www.unasp-sp.edu.br/pdf/psf/PROCESSO_SELETIVO_EDITAL_2011.pdf

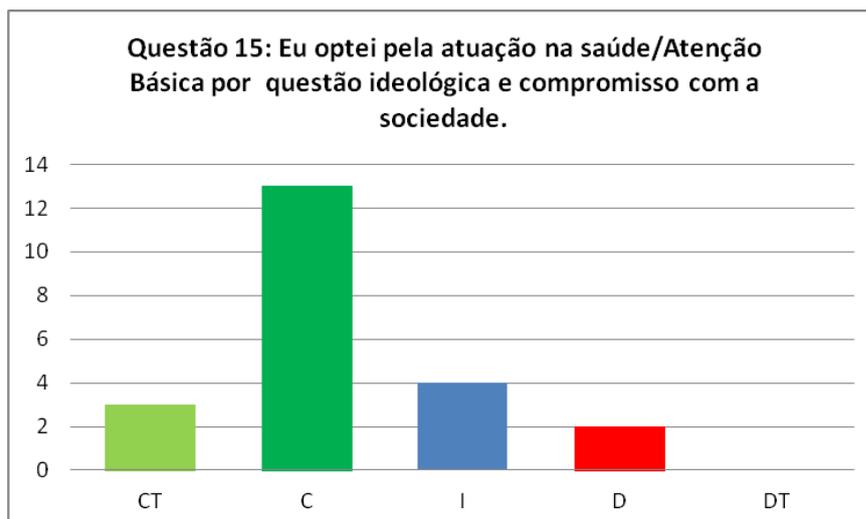


Figura 5: Gráfico referente a assertiva: “Eu optei pela atuação na saúde/AB por questão ideológica e compromisso com a sociedade”.

Comportamento semelhante é apresentado nas respostas à assertiva: “Eu optei pela atuação na saúde/AB por afinidade com a temática” onde 90,90% concordam e 4,54 % discordam e outros 4,54% são indiferentes (Figura 6).

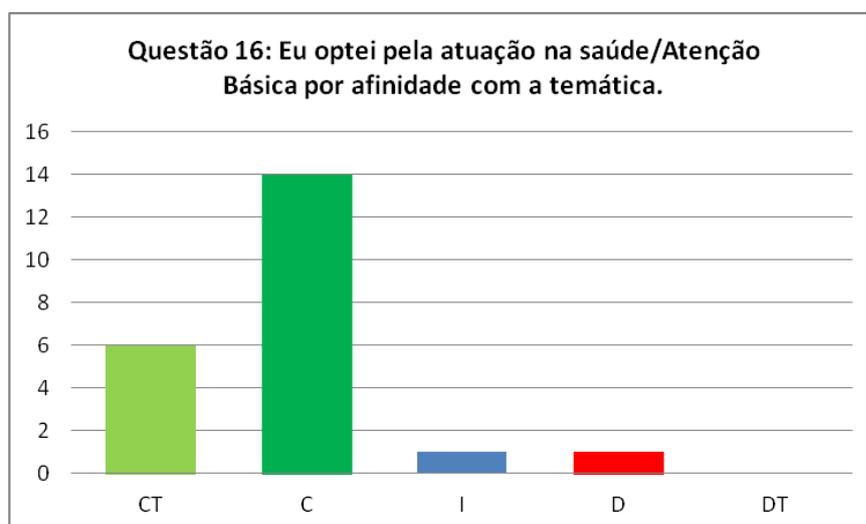


Figura 6: Gráfico referente a assertiva: “Eu optei pela atuação na saúde/AB por afinidade com a temática”.

Folle, et al⁶⁰ relatam que existem fatores de ordem social, familiar e pessoal que interferem na escolha de uma profissão e que, em alguns casos, eles não corresponderão a vontade do futuro profissional. Nesse estudo com professores, esses autores sinalizam que há diferentes fases na consolidação da carreira.

Segundo os autores, na fase de entrada na carreira (1 a 3 anos de docência)*, a história de vida de uma profissional de EF assinalou que, nesta etapa, a opção pela sua área de trabalho “estava diretamente relacionada à identificação com a intervenção”.

Retomando o nosso grupo de estudo, grande parte dos profissionais de EF que compuseram a amostra se encontra nesta fase da carreira profissional. Isso pode justificar, mesmo que parcialmente, uma opção pela AB associada a “afinidade com a temática”, tendo em vista a possibilidade de intervenção dessa prática.

Dentre as dimensões do “compromisso com a sociedade”, a habilidade de cuidar do ser humano pode ter influência nessa opção. Guggenbühl-Craig⁶¹ comentam que as sociedades institucionalizaram a capacidade cuidadora do ser humano e as transfigurou em uma variedade de ocupações, por ele denominada, “profissões de ajuda”.

Entendemos que “o desejo de ajudar” as pessoas no nosso estudo pode estar associado à esse compromisso com a sociedade. Para Magalhães, et al⁶², em assertivas reiteradas entre os candidatos à profissões tais como o serviço social, a terapia ocupacional, a psicologia, a saúde aparece como possibilidade de concretização desse desejo.

A preferência pela clínica está associada a valores altruístas. Em estudo desenvolvido com 146 alunos cursando o primeiro ano de Psicologia em uma universidade particular e outra pública do Estado do Rio Grande do Sul, por meio de entrevistas e questionários, Magalhães, et al⁶² analisou os motivos apresentados para a escolha dessa profissão. Neste estudo, foram destacados: o desejo de ajudar (75%), a busca de crescimento pessoal (20%), o fascínio pelo conhecimento psicológico (62,5%) e a busca de competência interpessoal (22,5%).

* Folle et al (2009) em sua pesquisa, adotaram um dos modelos mais referenciados sobre os ciclos de vida profissional de docentes que fora elaborado por Huberman (2000). Esta sistematização considera os anos de docência dos professores e apresenta algumas características próprias de cada fase. Estas fases se dividem em: i) fase de entrada na carreira (1 a 3 anos de docência); ii) fase de estabilização (4 a 6 anos); iv) fase de diversificação (7 a 25 anos); v) fase de serenidade (25 a 35 anos) e, v) fase de desinvestimento (mais de 35 anos de docência).

Os entrevistados discordam que a facilidade de inserção na área bem como a dificuldade de inserção em outras áreas tenham sido fatores motivadores para a opção pela atuação na Atenção Básica (Figura 7).

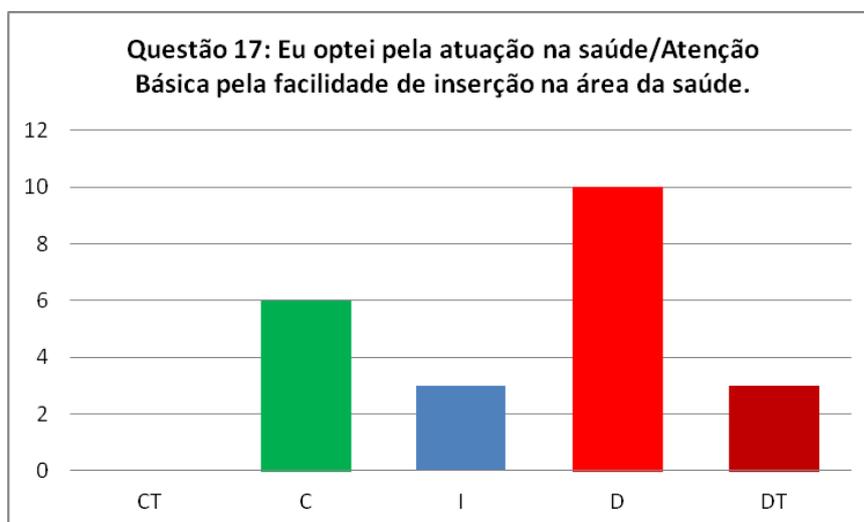


Figura 7: Gráfico referente a assertiva 17 “Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica pela facilidade de inserção na área da saúde”.

A estabilidade e a comodidade de estar alocado em uma só unidade não foram também determinantes para a opção pela área da saúde da maioria dos respondentes: 36,36 % discordam e 40,90%, não tem opinião formada a respeito (Figura 8).

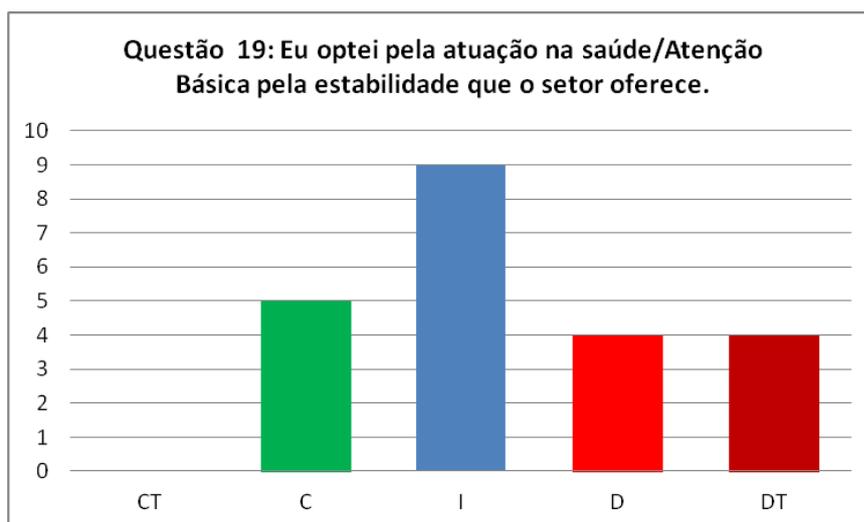


Figura 8: Gráfico referente a assertiva 19 “Eu optei pela atuação na saúde/AB pela estabilidade que o setor oferece”.

O mercado de trabalho no Brasil é historicamente marcado pela informalidade (CUNHA, et al⁶³). CACCIAMALI (1983 e 2000 Apud⁶³) reconhece a presença do trabalho familiar ou de “ajudantes”, nos trabalhos informais. Para Leone⁶⁴, a condição de informalidade faz com que os trabalhadores submetam-se a situações de desvantagens em comparação aos trabalhadores com emprego formal, sendo muitas vezes privados de direitos e condições básicas ou mínimas de trabalho e proteção social.

Outra variável do trabalho informal é a instabilidade. Acreditamos que, em um país em que é grande o número de trabalhos informais, a estabilidade pode ser um fator atrativo na escolha de uma carreira, embora nosso estudo não tenha pactuado destes indícios.

5.1.3 As especificidades da prática e as competências demandadas

A Prática do Profissional de Educação Física foi investigada a partir dos profissionais em exercício e das concepções apresentadas pelos coordenadores dos cursos de EF das universidades paulistas analisadas. Para os profissionais, foi elaborada uma série de assertivas relacionadas com esta prática e analisado o grau de concordância ou discordância com as mesmas. Com os coordenadores foi realizada uma entrevista de aprofundamento na qual um dos núcleos direcionadores foi “Concepções do Trabalho do Profissional de Educação Física na Atenção Básica”. Este capítulo buscou delinear a prática a partir destes dois olhares.

Como já abordado, o questionário proposto aos profissionais atuantes nesta área contemplou assertivas que foram estruturadas com base nos apontamentos do Caderno de Atenção Básica número 27 que aborda as diretrizes do NASF e, conseqüentemente, discorre sobre a atuação da Educação Física junto com as demais profissões desta equipe de apoio. Também serviram como balizadores para a elaboração das assertivas, estudos que abrangem as perspectivas da Educação Física nas áreas da Saúde Pública e Saúde Coletiva.

O recorte das entrevistas sobre a concepção do trabalho do Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica, realizada com os coordenadores de curso, identificou 10 Unidades de Contexto com 47 Unidades de Registro das quais emergiram 5 Categorias com suas respectivas subcategorias.

Estas categorias evidenciam a prática da Educação Física na Atenção Básica como um **Trabalho Importante**, o que está em consonância com o dado anteriormente apresentado no detalhamento do perfil do profissional de EF que atua na AB ao apontar que, para 95,45% dos respondentes, esta é a sua atuação principal.

A importância atribuída a este trabalho está associada à característica do mercado da área de Educação Física que, segundo os entrevistados, é *diversificado* e encontra-se *em expansão*.

Acho que é um mercado de trabalho importante, aliás, o mercado de trabalho do profissional de Educação Física tem se diversificado bastante. (...) (E1).

A expansão do mercado “do corpo e das práticas corporais” faz com que outras possibilidades de atuação profissional se configurem para a Educação Física em nosso país (RIBEIRO⁶⁵). Segundo o autor, a área de Educação Física é um segmento em expansão e isto se deve à valorização da atividade física nos dias vigentes.

Essa valorização acontece por dois grandes motivos: i) a corpolatria, ou seja, o Culto ao Corpo que caracteriza os padrões de beleza das últimas décadas e, ii) a conscientização dos efeitos da AF frente a acometimentos oriundos do sedentarismo e sob as doenças crônico-degenerativas, amplamente discutidos pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (CARVALHO⁶⁶).

Os coordenadores correlacionam a importância deste campo profissional à sua *boa relação com o mercado*, tendo em vista que é um dos setores, na data vigente, que detém as melhores oportunidades e salários para os profissionais da área. Consideram também um campo *inovador*, no sentido de sinalizar novas perspectivas para uma área de pouco prestígio nos seus tradicionais espaços de intervenção.

“Eu penso que é um campo muito importante, inovador na área de Educação Física, e que é um caminho muito importante pra promoção da atividade física; principalmente porque é vinculado ao sistema único de saúde”. (...) (E2)

“(...) vem crescendo muito, com boas oportunidades de emprego, de salários, que em geral, são, estão sendo cada vez mais importantes pra área”. (E2)

A regulamentação da profissão de Educação Física no Brasil, homologada em 1998, representa o fruto da forte interação de vários vetores sociais, iniciada já na década de 1940. A este evento está associada “uma ampliação das possibilidades de ocupação formal para o antigo professor de educação física em aproximadamente 230%”, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO (GALINDO⁶⁷).

Reconhecemos este evento como um marco inovador para o profissional de EF que antes tinha como campo formalmente reconhecido, apenas o ambiente escolar. Oliveira⁶⁸ assinala que, com a regulamentação da profissão, coexistem cinco grandes áreas que abarcam a atuação do profissional de EF representadas pela escola; saúde; lazer; esporte e empresa.

Outro ponto realçado pelos coordenadores foi a *vinculação com uma política pública que o trabalho nesta área apresenta*.

(...) “Bem, eu acho de extrema importância mesmo porque vai ao encontro da política nacional (...)”. E4

Neste sentido, é importante frisar que o referencial proposto em Alma Ata (ESCOREL⁶⁹) foi o referencial assumido pelo governo brasileiro. Este norte inspirou as primeiras experiências de implantação dos serviços municipais de saúde no final da década de 1970 e início de 1980 (ESCOREL⁶⁹).

É com o desenvolvimento do SUS que este referencial é substituído pela concepção da Atenção Básica à Saúde. Em meados da década de 1990, com a implantação do PSF, atual ESF, e dos incentivos financeiros específicos dirigidos aos municípios, em especial o Piso da Atenção Básica em 1998, a Atenção Básica e a ESF fortaleceram-se no cenário nacional (GIL⁷⁰).

Segundo o autor, o conceito de Atenção Básica teve seu início associado a um contexto de importantes ajustes econômicos permeados, sobretudo, por políticas de redução do papel do Estado - Estado Mínimo - que caracterizaram a década de 1990.

A segunda categoria que emergiu do conteúdo das entrevistas com os coordenadores de curso em relação à especificidade da prática do profissional de EF na Atenção Básica é a possibilidade de desenvolver propostas de **Promoção e Prevenção** como fica evidente na transcrição a seguir:

(...) “Então eu acho que, eu tenho certeza que a intervenção do profissional na área da Educação Física, fazendo esse agregado a essa equipe multidisciplinar, com a ajuda na obtenção, na manutenção ou no aspecto da prevenção da saúde (...)”.E4

Corroborando com a fala dos coordenadores a caracterização da prática do Profissional de Educação Física ao revelarem que em suas ações prevalecem os Grupos de Promoção à Saúde e ações Educativas. Para 16 dos 22 respondentes, há concordância com a assertiva proposta (Figura 9).

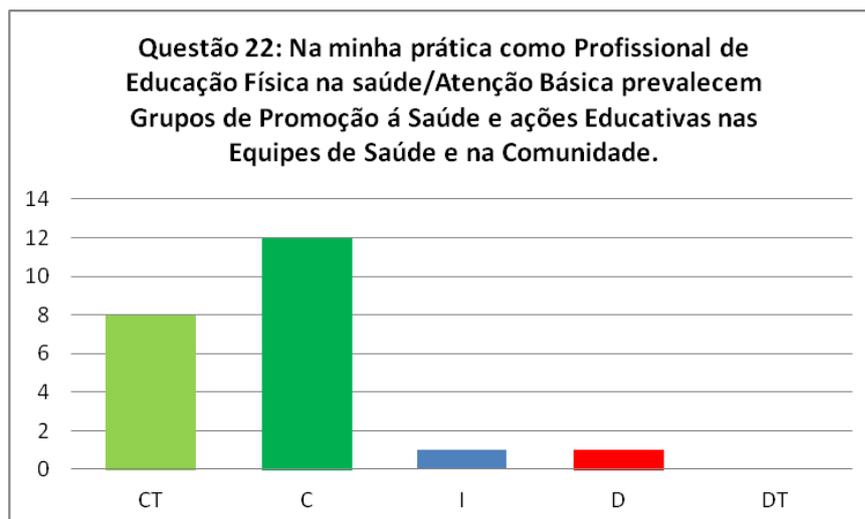


Figura 9: Gráfico referente a assertiva “Na minha prática como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica prevalecem Grupos de Promoção à Saúde e ações Educativas nas Equipes de Saúde e na Comunidade”.

Há relatos de práticas de Promoção à Saúde desde a Grécia Antiga. As ações promotoras na Grécia surgiram em repostas aos inúmeros casos de doenças contagiosas na região (ROSEN⁷¹).

Ao longo de muitos anos e dentre outras atividades, a Promoção à Saúde reaparece com os pensamentos de Henry Sigerist (RESTREPO⁷²). Este autor concebia a Promoção da Saúde como uma das funções da Medicina assim como a prevenção da enfermidade, a restauração do enfermo e sua reabilitação.

Adota-se, entretanto, como marco para a Promoção da Saúde a Conferência de Otawa, acontecida em 1986. Cabe evidenciar que este movimento teve como premissa o Relatório Lalonde o qual trazia a ideia de não apenas propiciar o envelhecimento da população, mas dotar esses anos a mais de “vida”.

Neste encontro, ficou definido como elementos da promoção à saúde: i) integração da saúde como política pública; ii) participação comunitária como parte das políticas públicas; iii) reorientação dos serviços de saúde e iv) mudanças no estilo de vida da população (PAIM & ALMEIDA FILHO⁷³).

A partir de então se concebe a Promoção à Saúde como uma combinação de assistência educacional e ambiental que conduzam a comportamentos e/ou ações no sentido de zelar pela vida. Carrega consigo o

intuito de transmitir informações acerca de melhores escolhas pessoais e responsabilidades e um ambiente social adequado (PALMA⁷⁴).

Os termos promoção à saúde e prevenção são comuns e erroneamente usados como sinônimos, mas cabe aqui pontuar que há diferenças fundamentais entre ambos. A promoção à saúde envolve a comunidade partindo do pressuposto de que cria condições saudáveis para a população e pauta-se em aspectos sócio-políticos, ecológicos e sócio-culturais.

Já a prevenção baseia-se em ações pautadas na “história natural das doenças”, ou seja, ela é uma intervenção direta a uma doença com intuito de diminuir sua incidência ou prevalência (CZERESNIA⁷⁵). As ações de prevenção são focadas em um grupo mais restrito se comparada à promoção, podendo ser, inclusive, destinada a um único indivíduo.

Partindo do pressuposto de que as ações promotoras devem ser condizentes com as características da população, reconhecemos a potencialidade do profissional de EF em atuar neste sentido por meio do resgate da cultura corporal de movimento das comunidades nas quais atua. Outro ponto que sinaliza para a pertinência dos programas de EF como ações de promoção é o fato das doenças vigentes, em sua maior parte, possuírem como fator de predisposição o sedentarismo.

Nessa categoria emergem, como subcategorias, a atuação com foco na melhoria da *Qualidade de Vida*, na atuação com *idosos* e com pessoas acometidas de doenças *crônico-degenerativas*:

“(...) Eu percebo que há um campo de atuação bastante fértil com idosos, pessoas com problemas de saúde, doenças crônico-degenerativas, é um grupo de pessoas que tem aumentado”. E5

“Eu acho extremamente importante pra gente já trabalhar com a prevenção, principalmente das doenças crônico-degenerativas. Porque a gente sabe da importância da atividade física em certas doença”s. E3

A PNPS considera prioritário investir em desafios específicos da qualidade de vida e saúde da população.

Malta, et al⁷⁶, em relação a melhora dos indicadores de saúde e modos de vida da população através de programas de atividade física, enfatizam que:

“À luz da promoção da atividade física, a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe o compromisso com a sociedade e suas instituições com a adoção de modos de vida mais saudáveis” (p. 85).

Na análise dos questionários também é notório que os Grupos prescritivos compõem boa parte das ações dos Profissionais de Educação Física entrevistados, embora predominem os Grupos de Promoção à Saúde e Ações Educativas (Figura 10).

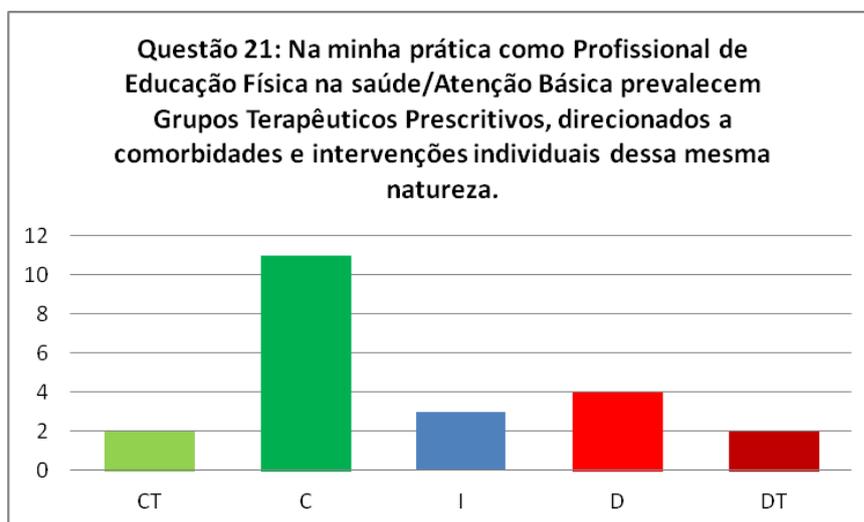


Figura 10: Gráfico referente a assertiva “ Na minha prática como Profissional de Educação Física na Saúde/AB prevalecem Grupos Terapêuticos Prescritivos direcionados a comorbidades e intervenções individuais dessa mesma natureza.

O estudo de Benedetti, et al⁷⁷ analisou programas de AF para idosos em cidades de diferentes países como o Brasil, a Alemanha, Portugal e Espanha. Os idosos praticantes destes programas sinalizaram que se sentiam agradecidos pela oportunidade de praticar atividades físicas por meio destas propostas. Em seus depoimentos houve referência à melhora da saúde, aumento do círculo de amizade e maior oportunidade de lazer.

Por outro lado, estudo conduzido por Sabia et al⁷⁸ com 28 adolescentes, também sinaliza e respalda as propostas de cunho terapêutico. Eles possuíam

média de idade de 13 anos e índice de massa corporal (IMC) acima do percentil 95 para a idade e sexo.

O grupo de voluntários desse estudo foi distribuído em dois sub-grupos: o primeiro, submetido a exercícios de caminhada contínua e o segundo, a exercício de corrida intermitente. Ambos tinham sessões de AF três vezes por semana durante 16 semanas e orientação nutricional semanal e em grupo. O estudo concluiu que a atividade física proposta e a orientação alimentar em ambos os grupos foi suficiente e satisfatória, promovendo diminuição ponderal, melhora da composição corporal, dos níveis lipídicos e aumento na capacidade aeróbia dos adolescentes (80).

Ainda abordando a concepção dos coordenadores sobre o Trabalho da EF na saúde/AB, a quarta categoria apontada é o **Trabalho com a Comunidade**, vinculado a uma atuação com *populações em condições de vulnerabilidade e de inclusão social*.

(...) “É, eu acho fundamental a Educação Física, a partir do momento que nós temos (...) uma tendência ligada à saúde, que ela esteja vinculada a todo esse programa da saúde. Como, apresentar aspectos de qualidade de vida pra população mais carente (...)” (E6).

(...) “é um trabalho de prevenção, um trabalho de inclusão social, de atendimento à qualidade de vida, de saúde da população brasileira, dentro dessa política de atenção básica”. (E4).

Esclarecemos que a utilização do termo “carente” fora utilizado pelos coordenadores. A literatura atual indica a substituição desta palavra por “vulnerável”. Segundo Adorno⁷⁹ quando substituímos o termo “carente” por “vulnerável” não se está apenas trocando uma palavra pela outra, mas realizando um esforço de compreensão de todos os elementos que caracterizam as condições de vida.

O termo carente configura-se como um atributo, uma característica pessoal, “tal qual um rótulo”. Já o termo vulnerabilidade remete a compreensão de um conjunto de elementos que caracterizam as condições de vida e as possibilidades do indivíduo, ou grupo e seu entorno. A vulnerabilidade abrange a rede de serviços disponíveis, como escolas e unidades de saúde, os programas de cultura, lazer e de formação profissional, e o acesso dos sujeitos a esses serviços e programas (ADORNO⁷⁹).

O autor reforça que:

“(...) quando chamamos alguém de carente para assinalar a sua necessidade de assistência, segundo nosso julgamento, estamos, mesmo sem querer, deixando de tratá-lo como sujeito portador de direitos, pois esse termo denota alguém desprovido de algo e que, por isso, precisa ser guiado e tratado paternalisticamente como menos afortunado ou como vítima (...) (ADORNO⁷⁹, p.12).

Ao considerarmos algo ou alguém como vulnerável assumimos uma possibilidade de mudança desta condição ou indivíduo que engloba alteração nas condições de vida e envolve as esferas políticas e suas ações como, por exemplo, os programas sociais.

Como pode ser visto, a expectativa da Educação Física nos serviços de saúde extrapola as propostas das atividades desenvolvidas nos centros esportivos, clubes e academias (BRASIL²). Segundo o Caderno de Atenção Básica número 27 que discute as diretrizes do NASF (BRASIL⁸⁰), ela precisa acontecer segundo a concepção da vigilância em saúde, minimizando riscos à saúde, à violência e incentivando o autocuidado; necessita estimular a inclusão social por meio da atividade física regular, esporte, lazer e práticas corporais, com ampliação e valorização dos espaços públicos de convivência.

As propostas devem ser oriundas a partir das demandas locais, manifestando-se em consonância com o território e população ao qual se destinam, de acordo com as propostas de ações de promoção à saúde.

Esta reflexão é reforçada por Bagrichevsk e Estevão⁸¹ ao anunciarem que a EF precisa enfatizar a dimensão sociológica da saúde, investindo nas perspectivas de compreensão do fenômeno a partir de um olhar menos centrado no paradigma biomédico e mais atento aos corpos sociais. Isso nos estimula a ações com a comunidade por meio de gestão compartilhada.

Finalmente, a última e quinta categoria sobre a prática do Profissional de Educação Física na Atenção Básica apontada pelos coordenadores de curso a explicita como um **trabalho vinculado ao SUS**.

A EF mantém uma relação com a saúde desde sua origem, atrelada às escolas e movimentos militares e aos preceitos higienistas.

É, portanto, através da Resolução nº 287, de 8/10/1998 (BRASIL⁸²) que a EF passa a integrar a área da Saúde junto com as seguintes profissões: Assistência Social; Biologia; Biomedicina; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia e Terapia Ocupacional.

A partir desta Resolução:

“(...) compete ao Profissional de Educação Física coordenar, planejar, programar, supervisionar, dirigir, organizar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto. (BRASIL⁸³, p. 13)”.

A lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998, regulamenta a profissão e os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física (BRASIL⁸³).

Os profissionais investigados também percebem a especificidade da prática na área da saúde. Frente à assertiva “Na minha prática como Profissional de Educação Física/Atenção Básica prevalecem práticas idênticas às realizadas em academias, clubes e demais associações desportivas e de lazer”, ocorre uma discordância de todos (Figura 11).

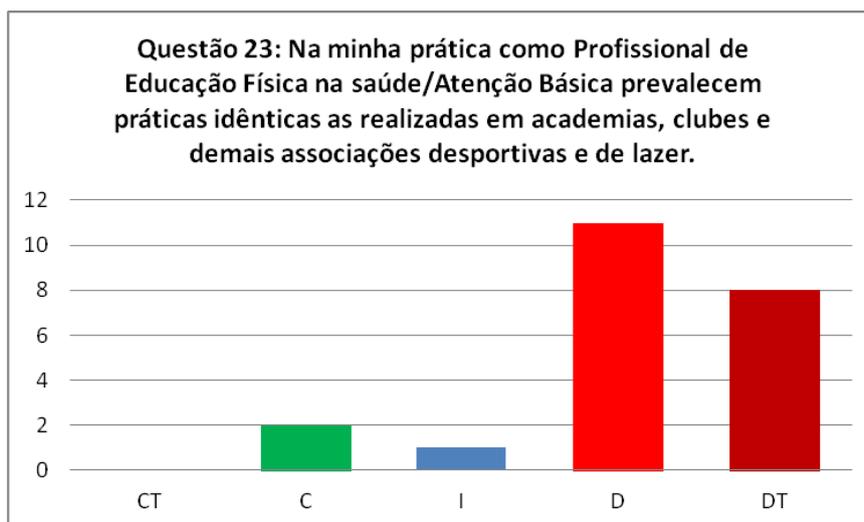


Figura 11: Gráfico referente a assertiva “Na minha prática como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica prevalecem práticas idênticas às realizadas em academias, clubes e demais associações desportivas e de lazer”.

Outro aspecto investigado nessa pesquisa foram as **demandas**, referidas pelos coordenadores, como **necessárias para a prática na Atenção Básica**. Nesse núcleo direcionador das entrevistas, identificamos 13 Unidades de Contexto, 43 Unidades de Registro e 6 Categorias de Análise.

A primeira categoria entende como competência necessária para essa prática o **Domínio na aplicação de Atividades Físicas** a: i) *Doenças Crônico – Degenerativas*; ii) *Promoção e prevenção* e iii) *Deficientes ou pessoas em condições diferenciadas como as gestantes, por exemplo*.

“(…) o educador físico está trabalhando com essas populações aí, que a gente chama de especiais, que apresentam um quadro clínico patológico. E é interessante mais do que trabalhar no processo de

cura, de melhora dessas condições patológicas, é fazer com que a população não atinja esses sinais clínico-patológicos”. (E4)

É oportuno esclarecer que o termo “pessoas especiais” surgiu na década de 90 e perdura até a atualidade. Ele refere-se a uma forma reduzida da expressão “pessoas com necessidades especiais”, constituindo um eufemismo hoje não mais aceito (SASSAKI⁸⁴). A crítica ao adjetivo é que “especiais” não agrega valor diferenciado às pessoas com deficiência; ele não é qualificativo exclusivo das pessoas que têm deficiência, pois ele se aplica a qualquer pessoa, independente da presença de uma deficiência.

Os movimentos mundiais de pessoas com deficiência, incluindo os do Brasil, tem travado debates e discussões a cerca de qual seria a terminologia adequada para esta população. A situação mundialmente anunciada é que essa população quer ser chamada de “deficientes ou pessoas com deficiência”. Cabe anunciar que esse termo faz parte do texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência. Apoiamos, portanto a utilização da terminologia “deficiente(s)”.

No questionário Likert, frente à assertiva “Na minha prática como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica prevalecem Grupos Terapêuticos Prescritivos, direcionados a comorbidades e intervenções individuais dessa mesma natureza”, os profissionais se comportam conforme o gráfico abaixo (Figura 10).

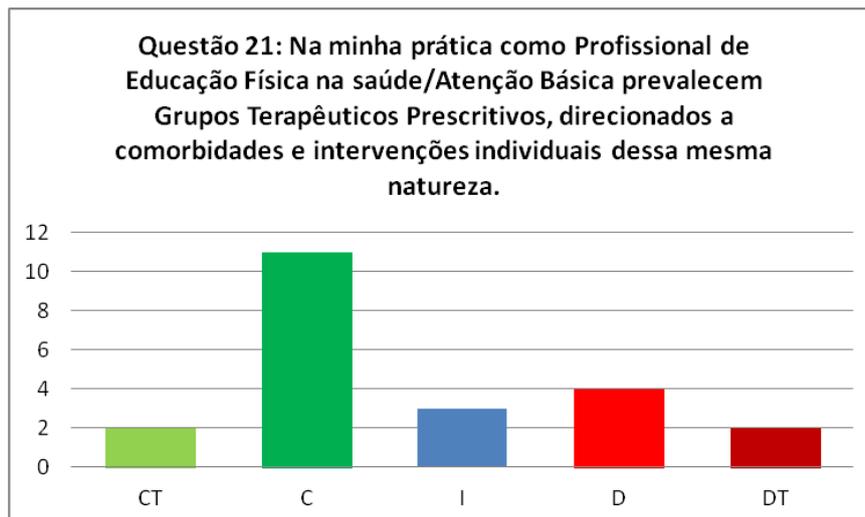


Figura 10: Gráfico referente a referente a assertiva Na minha prática como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica prevalecem Grupos Terapêuticos Prescritivos, direcionados a comorbidades e intervenções individuais dessa mesma natureza

Bagrichevsky e Estevão ⁸¹, fazendo menção a Grupos de Promoção à Saúde, ponderam que muitos projetos desenvolvidos sob esta perspectiva possuem “alcance e efetividade limitados” (p.66). Os autores assinalam que esses programas apenas carregam o slogan “para a população” já que, frequentemente, acontecem concomitantemente a péssimas condições de vida da maior parte dos brasileiros. Isso fere a proposta de promoção à saúde que deve extrapolar atividades programáticas e considerar o meio e as condições de vida das populações.

Segundo Castiel e Silva ⁸⁵, essas ações ignoram injunções sociopolíticas e financeiras das quais também fazem parte a respectiva comunidade. Assinalam a necessidade de avaliar melhor estes programas e, como estratégia, propor ações em parceria com a comunidade e/ou lideranças locais.

Os coordenadores de curso também citam a Capacidade de *gerir programas de atividade física com a cotextualização* das propostas e *conhecimento das fases do desenvolvimento humano* como demandas para essa prática.

“(...) Tem que ser um profissional capaz de elaborar, desenvolver, avaliar programas de Educação Física voltados à população com a qual ele vai se deparar na unidade em que ele for trabalhar, porque pode não ser sempre a mesma população, com as mesmas necessidades específicas”(E1).

“(...) Acho que é fundamental ele conhecer o corpo. Conhecer o corpo em seus aspectos fisiológicos, anatômicos, biomecânicos. Conhecer os aspectos sociais, seus aspectos sociais e econômicos que levam essa pessoa a procurar uma associação dessas; conhecer a realidade dessa comunidade pra poder ter um diálogo e poder oferecer alguma coisa”. (E6)

Uma segunda competência necessária para os profissionais de Educação Física atuantes na Saúde Pública, na visão dos coordenadores, é o **Domínio de conhecimento sobre o SUS**, incluindo a *ESF*, os *NASFs*, tópicos de *Epidemiologia e Saúde Pública*.

“Ele tem que conhecer muito bem o Sistema Único de Saúde, e, no eu ponto de vista, a estratégia de saúde da família, os núcleos de apoio à saúde da família, promoção em saúde, epidemiologia, então, essas áreas ele tem que conhecer muito bem e isso tem que começar desde a época de graduação, tanto com disciplinas, como com estágios”(E2).

“É, eu acho que primeiro tem que ter uma fundamentação teórica, na graduação, né, por exemplo, a disciplina de saúde pública, a disciplina de atividade física pra doença crônico-degenerativa e um contato do aluno com esta prática (...)” (E3).

Este tópico será discutido no capítulo 5.2

O **Compromisso com a melhoria da Qualidade de Vida do usuário** também aparece como categoria deste núcleo de estudo. Uma das entrevistadas pontua que o Profissional de Educação Física na saúde deve:

“(...) atuar (...) sempre visando o bem estar, ou, a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, do cliente” (E1).

Acredita-se que a atividade física é uma forma de restaurar a saúde dos indivíduos. Para Minayo, et al⁸⁶:

“Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar”. (p. 8)

A autora complementa que este termo é influenciado por valores individuais e das coletividades tendo relação com o tempo e espaço, sendo considerado, portanto, uma construção social.

Analisando a relação da AF com a qualidade de vida, Silva, et al (2010 Nahas⁸⁷) propuseram um estudo transversal que avaliou o efeito de exercícios físicos em amostra constituída por 107 professores, 111 funcionários e 638 estudantes da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), utilizando o WHOQOL-breve/OMS para avaliar a qualidade de vida e o questionário de atividades físicas habituais traduzido e modificado por Nahas⁸⁷.

Esta pesquisa mostrou que, quanto mais ativa a pessoa, melhor sua qualidade de vida, extrapolando os aspectos de “saúde física” e alcançando também os aspectos psicológicos e cognitivos (NAHAS⁸⁷).

Da mesma forma, **Princípios éticos e morais** também foram apontados como requisitos para o profissional de Educação Física que atua na saúde/Atenção Básica. Os coordenadores evidenciam que:

(...) “ele tem que ser capaz de acompanhar, e atuar de maneira ética, moral (...)” E1

A **Educação Permanente** é outra competência para atuação na Atenção Básica, segundo os entrevistados. A análise das entrevistas evidencia que, para atuar na saúde, o profissional de Educação Física deve manter-se em constante processo de atualização.

(...) “Você não tem um “continuismo” pra nossa profissão porque o contexto geral nacional, dentro da área da saúde muda bastante, os interesses e as importâncias dentro da área da saúde mudam, então, eu acho que pra área da educação física isso não é diferente”.E4

As diretrizes do NASF enfatizam a relevância da educação permanente dos profissionais de saúde no tocante à Atenção Primária à Saúde. Outras diretrizes apontam a: ação interdisciplinar e intersetorial; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização (BRASIL⁸⁰).

Assim, ao fazer parte das equipes de saúde, o profissional de EF deve assumir a EP como premissa.

“A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (1, p.20)”.

Nesse sentido Sarreta⁸⁸ comenta que:

“(...) A ação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a relação ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que o ponto de partida são os problemas ou a problematização da realidade concreta”. (p. 172 – 3).

O autor enfatiza também que, para a aprendizagem se tornar significativa, a construção do conhecimento deve ser problematizado, ou seja, deve refletir determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e então, propondo soluções.

Ceccim e Feuerwerker⁸⁹ sinalizam que a incorporação “de novidade tecnológica é premente e constante”, e, que portanto, “ a área da saúde requer educação permanente”.

Davini⁹⁰ acrescenta que o enfoque da Educação Permanente, representa uma mudança importante na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores dos serviços já que supõe uma inversão da lógica do processo de trabalho em saúde através da:

- i) incorporação do ensino e do aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- ii) modificação das estratégias educativas convencionais com a adoção de propostas problematizadoras e com isso, “colocando as pessoas como atoras reflexivas da prática e construtoras do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptoras” (p. 44);
- iii) corroborando com o interprofissionalismo e a interdisciplinaridade ao abordar a equipe e o grupo em suas proposições;
- iv) extrapolar os ambientes educativos para a comunidade e ações a ela destinadas.

Finalmente, o **Trabalho em equipe**, numa relação de troca e co-gestão horizontal, é enfatizada por um dos coordenadores.

(...) “este profissional tenha uma relação com outras áreas da saúde que é o médico, o assistente social, que possa também somar seu conhecimento e receber outras informações de outras áreas atuando com a comunidade”(E6).

Nos questionários, frente às assertivas “Minhas ações como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são geridas por mim, sem interferência dos demais membros das equipes de saúde”, “Minhas ações como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são pensadas pelas equipes de referência e a mim repassadas” e “Minhas ações, como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são pactuadas apenas com a equipe matricial”, a competência do trabalho em equipe é também enfatizada (Figura 12).

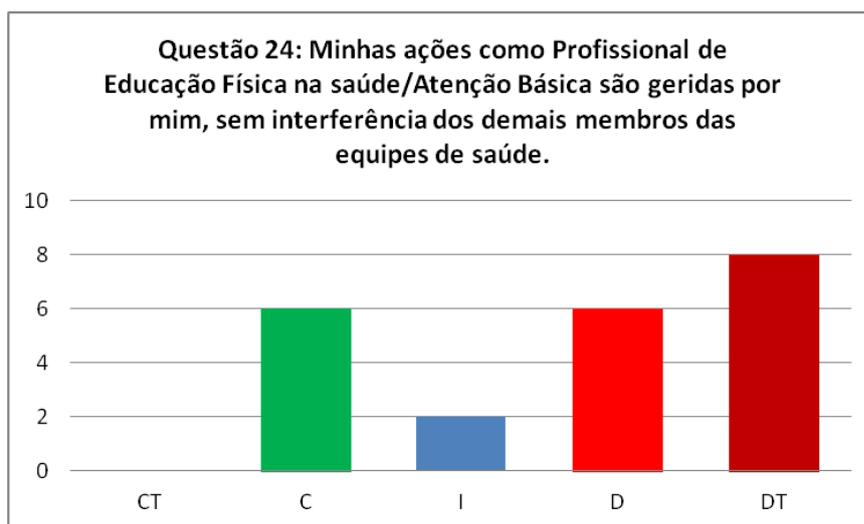


Figura 12: Gráfico referente a assertiva “Minhas ações como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são geridas por mim, sem interferência dos demais membros das equipes de saúde” (Figura 13).



Figura 13: Gráfico referente a assertiva “Minhas ações como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são pensadas pelas equipes de referência e a mim repassadas” (Figura 14).

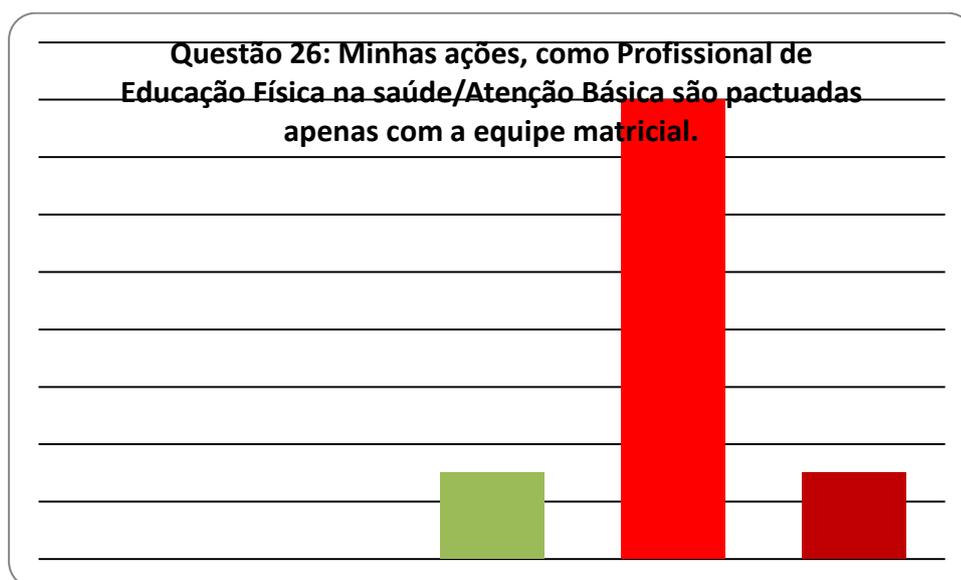


Figura 14: Gráfico referente a assertiva “Minhas ações, como Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica são pactuadas apenas com a equipe matricial”.

Nas entrevistas, a interprofissionalidade na ESF é enfatizada, reforçando a relevância do trabalho em equipe na prática do profissional de EF na AB.

A AB admite o trabalho em equipe uma vez que aponta para práticas gerenciais e sanitárias “democráticas e participativas”, destinadas a população

de um determinado espaço ou território de sua responsabilidade sanitária (BRASIL⁴). A leitura da Política Nacional da AB ainda enfatiza que o trabalho em equipe é premissa para a efetivação da integralidade na saúde:

“(...) efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. (92, p.13)”.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁹¹ comenta que o pensar e o fazer saúde requerem uma nova lógica e organização de trabalho. Nesse contexto; as equipes interprofissionais possuem o propósito de troca de informações, desenvolvimento de novas ideias e resolução de problemas a partir de indivíduos com formação em diferentes áreas. Isto é convergente ao comportamento encontrado nos questionários dos profissionais de EF.

Esta organização (OPAS ⁹¹) afirma que a relação de trabalho no PSF baseia-se na interdisciplinaridade, não mais na multidisciplinaridade ou na atividade isolada, requerendo uma nova abordagem, questionadora das certezas profissionais, estimulante na comunicação horizontal e permanente, entre os componentes da equipe.

Para Peduzzi⁹², o ‘trabalho em equipe’ responde à necessidade de integração das disciplinas e das profissões da saúde, entendidas como necessárias para o desenvolvimento das ações em saúde, a partir da concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. A autora informa que:

“(...) o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem,

dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI⁹² p. 108)”.

5.2 As contribuições da graduação para o desenvolvimento da competência profissional para a atuação na Atenção Básica

A fala dos coordenadores que se refere às contribuições da graduação para o desenvolvimento das competências do Profissional de Educação Física para a prática no SUS/AB não é um consenso. A análise temática das entrevistas no tocante a esse núcleo direcionador identificou 17 UC com 45 UR. Dessas URs emergiram 4 categorias:

- A Graduação possibilita o desenvolvimento de competências para a atuação profissional na AB
- A Graduação não possibilita o desenvolvimento de competências para a atuação profissional na AB
- A abordagem da atuação do futuro profissional na AB é restrita durante a graduação
- Os cursos estão em processo de mudanças/reestruturações

Em 13 depoimentos, a graduação **contribui** para o desenvolvimento de competências para a atuação profissional na AB.

Segundos os entrevistados, essa contribuição acontece com a oferta de disciplinas como a de saúde pública, a de exercícios físicos/atividade física pra doenças crônico-degenerativas e atividades de promoção e prevenção na universidade ou na comunidade. Em relação a estas atividades, os coordenadores sinalizam repetidas vezes o trabalho com idosos e uma das falas faz menção a articulação com outras instituições para o desenvolvimento destas propostas.

“Eu acho que ela (a graduação) tem contribuído, (...) em forma de disciplinas, isso aparece na graduação, você vê lá, educação física para pessoas com problemas de saúde, educação física pra clínica, saúde pública, nos cursos de educação física isso aparece” (E5).

Embora os coordenadores citem as disciplinas como um dos fatores que contribuem para a formação em AB, os questionários aplicados aos profissionais atuantes anunciam que as disciplinas vinculadas á área da saúde não são ministradas com carga horária suficiente, especificamente as referentes às temáticas “Saúde Pública” e/ou “Saúde Coletiva” (Figura 15).

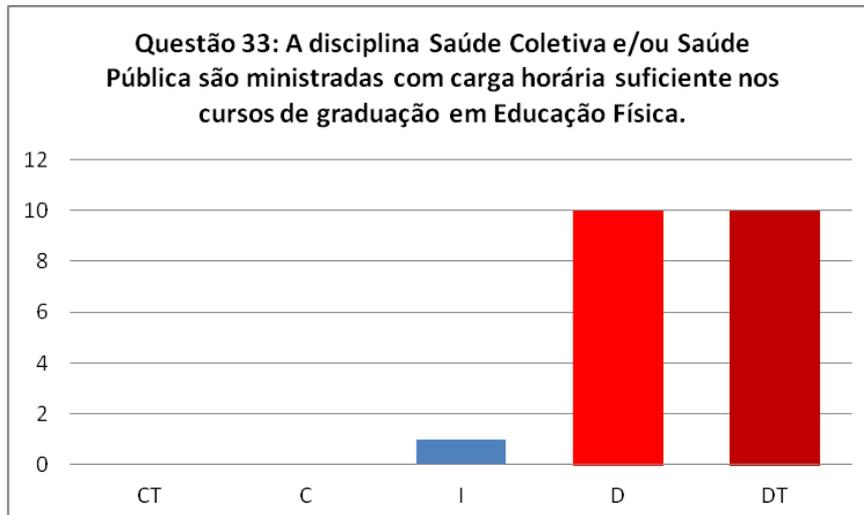


Figura 15: Gráfico referente a assertiva “A disciplina Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública são ministradas com carga horária suficiente nos cursos de graduação em Educação Física.

Para Rocha e Centurião¹²:

(...) “o novo perfil epidemiológico que se compõem por enfermidades relacionadas ao fazer das pessoas requer uma intervenção complexa e integral, mais voltada para uma saúde promotora de auto-cuidado, demandando ações que incorporem no cotidiano da assistência princípios sociais, formativos e educativos” (p. 17).

Entendemos a saúde como uma área que demanda uma abordagem pautada na articulação de saberes e que a formação em saúde deve propiciar uma visão ampliada aos seus graduandos, ou seja, eles devem apreender uma forma de “olhar” que extrapole os aspectos biológicos e tenha o sujeito – indivíduo ou seu coletivo – como foco dos atos e ações do cuidar (ANJOS E DUARTE⁸).

O modelo tradicional de ensino médico-centrado, essencialmente biomédico, cartesiano e disciplinar em que impera o corporativismo das especialidades perdura nas instituições de formação em saúde e, por outro lado, não assegura as competências profissionais indicadas por Anjos e Duarte⁸.

O ensino estruturado em disciplinas responde a uma tentativa, do século 19, de racionalizar o conhecimento, que, segundo Morin⁹³, se perpetuou como paradigma organizacional das instituições de educação formal no século 20, concomitantemente ao “boom” das investigações científicas. Atualmente, apesar de toda sua contribuição na sistematização dos saberes, é considerado não condizente às nossas demandas.

A ênfase exclusivamente disciplinar tem sido apontada como i) risco da especialização, fragmentação e dificuldade de interação entre os saberes; ii) possibilidade de abordagens parciais ; iii) possível dicotomia entre a teoria e a prática.

Importante enfatizar que as DCN evidenciam a necessidade de currículos integrados e uso de metodologias que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento. .O termo

interdisciplinaridade significa que diferentes disciplinas trazem diferentes subsídios para uma mesma tarefa, reunindo diferentes olhares para algo único, mas, cada um com suas próprias leis e contribuição; pautando-se na cooperação e no intercâmbio (MORIN⁹³).

Fourez⁹⁴ sinaliza que a ênfase interdisciplinar não demanda a diluição das disciplinas, mas o reconhecimento da interdependência entre as áreas.

Outra contribuição apontada pelos coordenadores é a promoção de *semanas de estudos* abordando o tema saúde/AB, específicas aos graduandos de EF ou de forma integrada aos demais cursos da saúde. Essa estratégia estaria associada a outras como o *trabalho de conscientização* e a *sensibilização* dos alunos e docentes para o trabalho na saúde.

Estas inserções nos remetem à uma reflexão sobre currículo. Para Maia¹⁶ currículo é:

(...) “uma construção social da escola, um instrumento pelo qual ela delimita um espaço onde vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, com vistas a um processo de formação, em um determinado nível de educação escolar, durante um certo período de tempo (...)” (p. 104)

Tavares ⁹⁵ complementa que esta construção responde pelo desenvolvimento do estudante, de acordo com o perfil profissional que se deseja formar.

Segundo Maia¹⁶ currículo informal é aquele que abrange as experiências de formação buscadas pelos estudantes no interior da própria instituição, as quais extrapolam a grade curricular formal. Ele difere do currículo paralelo, segundo este mesmo autor, pois este contempla atividades e propostas que acontecem fora do ambiente da instituição de ensino. Em outras palavras, por currículo informal entende-se toda atividade estruturada ou não que faça parte da vida escolar dos alunos e extrapolam as atividades letivas.

O currículo informal abarca atividades como as desportivas, as desenvolvidas em grêmios e associações estudantis, semanas acadêmicas, as quais são capazes de assegurar grande envolvimento dos alunos com os

temas propostos de modo a causar apreensão dos conteúdos propostos e identificação com os mesmos.

Importante frisar que uma das falas relativiza a contribuição anunciada classificando-a como *incipiente*

:

“Eu acho que ele (curso) tem uma preocupação, ele tem um eixo, é, que atende a este perfil, mas, na minha opinião é preciso de uma especialização lato sensu, no mínimo, para que as pessoas efetivamente tenham conhecimento mais direcionado à área que tem interesse.(E7)”

Um dos coordenadores comenta que a Graduação contribui, mas *com metodologia não compatível ao conteúdo que pretende desenvolver.*

Eu acho que ela tem contribuído, de uma certa forma Mas eu acho, sob o ponto de vista de conteúdo e forma, ainda não é o ideal. (E5)

Batista, et al⁹⁶ (p. 232) apontam para o surgimento de “novos olhares e possibilidades de compreensão do que significa educar o homem”; os autores apontam para a necessidade de investimento em práticas educacionais que tenham a participação crítico-reflexiva como fundamento.

A este cenário corroboram práticas de ensino que propiciem a autonomia dos indivíduos e o contato com a alteridade. Ainda são prevalentes nos cursos de Educação Física, assim como nas demais profissões da saúde, formações tradicionais, disciplinares e biologicistas.

Carvalho e Ceccim¹⁵ defendem que o ensino em saúde deve priorizar critérios que contemplem “fatores de exposição”, que incorporem “modos e perfis” com a exposição de si e o contato com a alteridade que resulta do contato com o outro, despertando a “diferença-em-nós”.

Batista, et al⁹⁶ são enfáticos ao afirmarem que, da demanda de ensino e expectativa profissional contemporânea, emergem as dimensões problematizadoras nas propostas de ensino-aprendizagem. Citadas dimensões

assumem a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade: a realidade como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem.

Essa aproximação do ensino à realidade assegura a pertinência e a significância da aprendizagem, corroborando para a apreensão do conteúdo proposto e assegurando sua aplicabilidade. Isto nos remete à teoria da aprendizagem significativa (AUSUBEL, et al, 1980 apud LIMA⁹⁷) destacando as repercussões das experiências educativas prévias sobre a assimilação do conhecimento novo, um conteúdo potencialmente significativo e uma atitude favorável para aprender significativamente (LIMA⁹⁷).

A não contribuição para o desenvolvimento de competências para a futura atuação dos egressos na AB é evidenciada em nove depoimentos. Os entrevistados enfatizam que *o campo é recente e por isto não fazia parte da grade* até pouco tempo atrás.

“Então o trabalho do educador físico na saúde, vamos chamar assim, na saúde da família, mas enfim, dentro das UBSs, por exemplo, ele é um trabalho que não é muito antigo, ele é um trabalho que é recente, então algumas instituições não estão preparando” (E3).

A atuação na AB assume como parâmetro os preceitos do SUS o qual assume a saúde como um constructo social. Dessa forma, quando inserida nestes serviços, a Educação Física deve considerar o cotidiano da população e suas relações com o território e entre seus membros ao propor seus programas. Esta perspectiva de aproximação com a saúde, na EF, é algo muito recente.

A demanda para a EF na AB possui uma “roupagem” distinta das intervenções de escolas, clubes e academias, por exemplo. Na saúde pública e na AB em especial, as Práticas Corporais/Atividade Física são pensadas a partir de componentes culturais, históricos, políticos, de forma articulada ao espaço–território; presumindo abordagens da diversidade da cultura corporal e sinalizando para a não ênfase dos exercícios atrelados à avaliação antropométrica e à *performance*. Ainda é restrito o número de profissionais com

formação nessas dimensões, o que dificulta o aprofundamento da temática com o atual corpo docente e com os Projetos Políticos Pedagógicos fundamentados em campos hegemônicos da EF.

Alguns entrevistados referem haver aproximações isoladas da EF com a AB, através de *abordagens práticas sem embasamento teórico sobre procedimentos e regulamentações*.

(...) “muito embora os alunos que não tinham isso na grade, mas apenas na vivência prática, mas por isso que quando eles atuavam em situações práticas de intervenção profissional eles se sentiam inseguros, porque não tinham uma base de conhecimento de nada” (E4).

Silva e cols¹⁴ comentam que a formação em EF era direcionada para a experiência prática e execução de técnicas corretas e eficazes de movimento, centrando-se, portanto no saber fazer, até o final da década de 60.

Azevedo e Malina³⁵ informam que, com a Resolução n. 09/69 que introduziu disciplinas de cunho pedagógico no currículo da licenciatura em EF, buscou-se respaldar, teoricamente a atuação dos futuros professores. Porém, esses autores prosseguem indicando que estas disciplinas não foram incorporadas pela totalidade das escolas de formação da época.

Silva, et al¹⁴ sinalizam ainda que, a partir do surgimento do Bacharel, o modelo teórico fundamentado nos moldes científicos levou o profissional da área a buscar subsídios especializados e a valorizar tais conhecimentos. Os cursos, por sua vez, investiram em disciplinas teóricas com uma valorização destas em detrimento das chamadas disciplinas práticas ou técnicas, mais ligadas às práticas corporais.

Como estratégia de superação desta dicotomia, Moglika⁹⁸ aponta o paradigma da prática reflexiva, capaz de integrar teoria e prática, constituindo-se num processo de investigação na ação, articulando a criatividade revolucionária da prática ao potencial emancipatório da teoria e da reflexão. Isto reforça a pertinência da utilização de metodologias ativas para a formação dos profissionais da saúde.

Nessa mesma direção, Batista e Batista⁹⁹ frisam que a prática não deve se reduzir a eventos empíricos ou a ilustrações pontuais. Para os autores, ela deve exigir uma postura de problematização do vivido, observado, discutido de modo intencional e sistemático, de modo a propiciar que o aprendiz lide com a realidade e dela retire elementos que conferirão significado e direção às abordagens teóricas. Este seria, portanto, um meio de assegurar a articulação entre essas esferas.

Dois depoimentos frisam que apenas os *cursos com direcionamento para a saúde* cumprem com o propósito de formar o profissional de EF para a saúde/AB.

Frente à assertiva “No momento da minha admissão na saúde/Atenção Básica eu me sentia seguro e preparado” mais da metade dos respondentes posicionou-se contrário a ela (Figura 16).

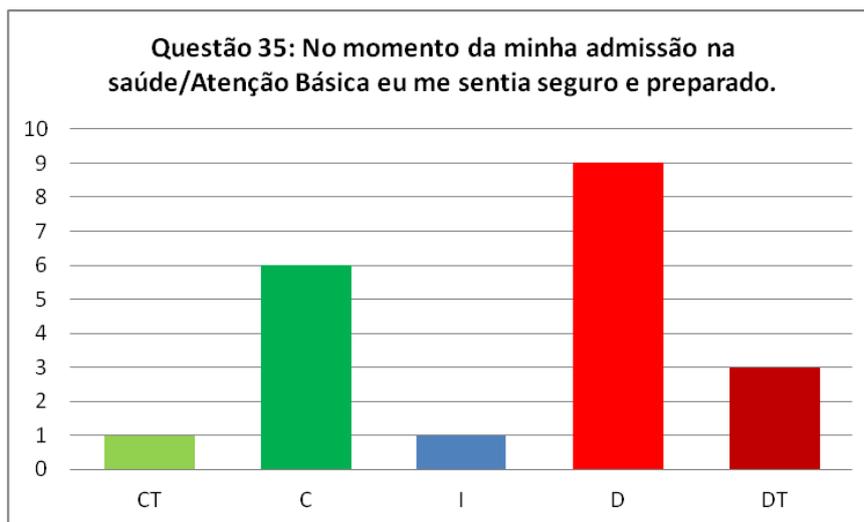


Figura 16: Gráfico referente a assertiva “No momento da minha admissão na saúde/Atenção Básica eu me sentia seguro e preparado”.

Ainda sobre a contribuição da graduação no preparo do estudante para atuação na AB, alguns entrevistados reconhecem que **a abordagem da saúde na Educação Física tem sido restrita**. Um dos depoimentos afirma que os currículos de formação em EF priorizam ações destinadas a *adolescentes e crianças e ao ensino dos esportes* em detrimento aos demais conteúdos da cultura corporal, já que este é o conteúdo da EF escolar. Entendemos que isso seja reflexo de uma formação em que haja aproveitamento de estudos como é

o caso da formação 3+1. Como os conteúdos dos três primeiros anos destinam-se a formação dos licenciados, o enfoque dos cursos se restringe ao ambiente escolar.. No ano adicional, o conteúdo “saúde” dilui-se aos demais conteúdos do bacharelado sendo assim, superficialmente abordado. Esta organização curricular é uma realidade comumente encontrada nas universidades privadas.

“Então, é muito difícil eu falar de outros cursos, né, eu tenho tentado me esquivar por quê? Porque a experiência que eu tenho, o conhecimento de alguns cursos, ou da maioria deles, o que acontece e é convencional na área da Educação Física, é que a atuação fica restrita, a, de novo, como se fosse uma população adolescente e,ou crianças na 2ª infância e que a função do profissional de Educação Física é ensinar a jogar voleibol, basquetebol, futebol, nadar”. (E1)

Fonseca, et al¹⁰⁰ comentam que:

“(...) a carga horária mínima (...) para formação do bacharel (3.200 horas) é insuficiente para dar conta de uma formação universitária que oportunize ao egresso transitar por diferentes espaços. Por exemplo, formar um profissional com perícia técnico-científica e saberes sócio-políticos para intervir, simultaneamente, no esporte de rendimento e na atenção primária em saúde, demanda tempo e hercúla tarefa que, possivelmente, extrapola as possibilidades da academia” (p. 286).

Um dos entrevistados evidencia a necessidade de uma maior qualificação dos profissionais e dos cursos para, de fato, formar profissionais para a atuação na AB. Ele assegura que muitos docentes não têm domínio sobre a temática e por isso não a reconhecem e não a contemplam em suas aulas.

Dois dos coordenadores relatam também que não possuem conhecimento da contribuição da graduação para a atuação no SUS: um deles evidencia que não conhece as propostas dos cursos e por isso só menciona a contribuição do seu curso e outro que não conhecia este mercado de trabalho e a realidade que o circunscribe.

Compreendemos que os docentes e gestores, além dos seus saberes específicos, devem estar atentos ao cenário que os envolve, o que contempla as demandas e inovações relacionadas à formação pela qual respondem, incluindo os cenários a elas relacionados. Os depoimentos nos mostram, todavia, que isto não acontece para parte dos coordenadores das IES contempladas neste estudo.

Batista⁹⁶ sinaliza as práticas de formação docente como desafios importantes para o ensino superior em saúde. Para o autor:

“A docência em saúde articula teoria e prática, mediando a construção de saberes e orientando atuações de outras duas práticas sociais — a saúde e a educação. O seu exercício constitui uma práxis, no sentido conceituado por Vázquez (1977), ou seja, a dialética teoria e prática na qual os sujeitos constroem significados e propõem intervenções na realidade. (BATISTA⁹⁶ p.285)”

Freire¹⁰¹ em sua obra “Pedagogia da Autonomia” afirma que a “Educação é uma forma de intervenção no mundo” (p.98) e, assim, orienta que esta aconteça em sintonia com o contexto onde se insere. Seguindo esta lógica, o autor afirma que ser docente exige comprometimento e que a não competência profissional pode desqualificar o professor.

Finalmente, em nove depoimentos desse núcleo, alguns entrevistados referem que **os cursos estão em processo de mudança/reestruturação**. Segundo eles, é *interesse da área, os cursos estão identificando outros nichos de mercado para a EF e houve uma evolução nos últimos 10 anos.*

“Olha, eu acredito que, estamos melhorando, eu acho que pra área da Educação Física no Brasil, pra questão da preparação do profissional nesta área, é, eu acho que houve uma evolução, sim, sem dúvida ao longo dos anos, dos últimos dez anos aí, mesmo porque, eu acho que quando houve um “boom” da importância da prática da atividade física, dentro de um contexto nacional (...)” E4.

Para Maia¹⁵, o currículo deve assumir um caráter dinâmico, de acordo com o contexto do qual ele emerge. Sobre o processo de reestruturação curricular, Feuerwerker¹⁰², ressalta que:

“(...) processos profundos de transformação na formação são complexos, envolvem mudanças conceituais, de posturas, de lugares e de relações institucionais, envolvem o enfrentamento de conhecimentos e valores cristalizados, hegemônicos, envolvem a construção de alternativas que não estão dadas. São processos que implicam conflitos, pressões e confrontações permanentes e que estão sob risco o tempo todo”.(p. 02)

A autora complementa:

“Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre médicos e população, entre médicos e profissionais da saúde, na concepção de educação e de produção do conhecimento, nas práticas docentes e nas relações entre professores e estudantes, na relação de poder entre os departamentos e disciplinas (FEUERWERKER¹⁰² p.288).”

Considerando sua relevância e conseqüente aproximação com o campo na formação do profissional de saúde, o **estágio curricular** foi investigado a parte como contribuição da graduação em Educação Física com vistas à futura atuação do egresso na AB.

Na análise temática das falas dos coordenadores foram identificadas 21 Unidades de Contexto com 65 Unidades de Registro. Destas Unidades de Registro emergiram 6 Categorias:

A primeira categoria que compõe o discurso dos coordenadores agrega nove falas que afirmam que **os cursos de graduação em EF propiciam uma aproximação com o campo que possibilita ao estudante a vivência em atividades específicas na área da saúde**. Estas atividades ocorrem tanto em *disciplinas como a Saúde Pública como em vivências em atividades específicas pontuais ou modulares como as dos projetos de Extensão Universitária*.

Estes depoimentos docentes não são confirmados pelos profissionais que discordam da assertiva “Os cursos de graduação em Educação Física propiciam aproximação com o campo da saúde/Atenção Básica durante o curso” (Figura17).

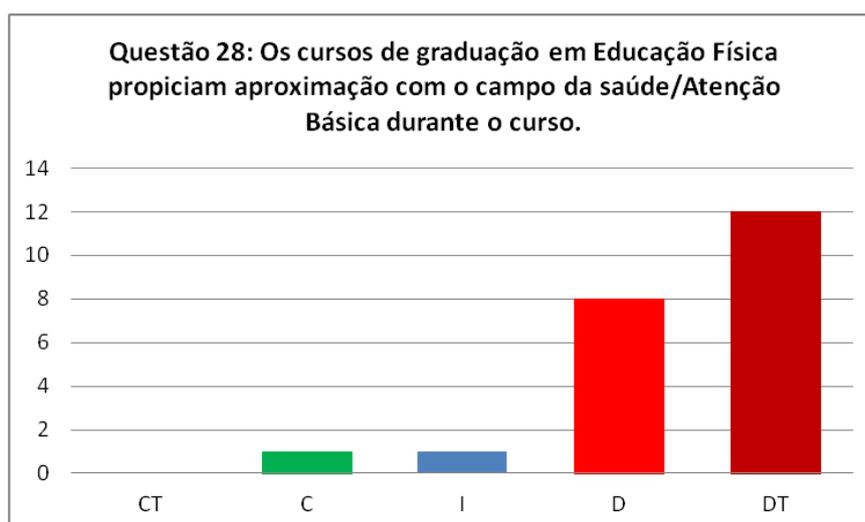


Figura 17: Gráfico referente a assertiva “Os cursos de Educação Física propiciam aproximação com o campo da saúde/AB durante a formação.

Entendemos relevante a aproximação do estudante com o campo de trabalho ao longo de toda a formação. Especificamente na saúde, o acesso e a compreensão das necessidades de saúde das pessoas e das populações só acontecem mediante a imersão “in locu”, ou seja, com a observação e apreensão do cenário e ambiente de intervenção.

Ceccim e Feuerweker⁸⁹ comentam que,

“as demandas para educação em serviço não se definem somente a partir (...) de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas da organização do trabalho (...)” (p.50).

Entendemos também que esta evidência é outra justificativa para a aproximação com o campo nos cursos de graduação, possibilitando o contato do estudante com a estruturação e gestão do trabalho que futuramente exercerá.

Em cinco depoimentos de coordenadores, a aproximação ao campo da saúde é contemplada com **estágios na área durante a graduação**. A primeira delas frisa a *existência de convênios com instituições de saúde*. Outra identifica *ações em Unidades Básicas de Saúde*, o que acontece em dois cursos: um como facultativo ao aluno e outro como parte da proposta curricular. Um coordenador faz menção a *intervenções em hospitais vinculados a universidade*.

Por outro lado, outro grupo de coordenadores, menciona que **não há estágios na saúde**, mesmo reconhecendo alguma aproximação com áreas afins.

“Se a gente pensar em centro (sic) de Atenção à Família a gente não tem o segmento direcionado, mas a gente tem alguns níveis de estágio que fazem esta abordagem. Por exemplo, com a terceira idade, portadores de necessidades, fase escolar com incentivo a atividade física (...), mas não é um programa essencialmente voltado pra área (AB)”. (E7)

“Olha de todos os lugares que eu conheço, eu não conheço nenhum que tenha. Eu fiz Educação Física em “uma outra” (sic) instituição e nas outras que eu conheço nenhuma tem estágio no SUS e nem um treinamento, um estágio na AB. Então, geralmente os estágios são mais ou menos dirigidos da mesma forma”. (E3)

Para os profissionais em exercício na AB do município de São Paulo, a não existência de estágios seja no SUS, considerando os três níveis de atenção, seja na AB, é unânime (Figura 18; Figura 19).

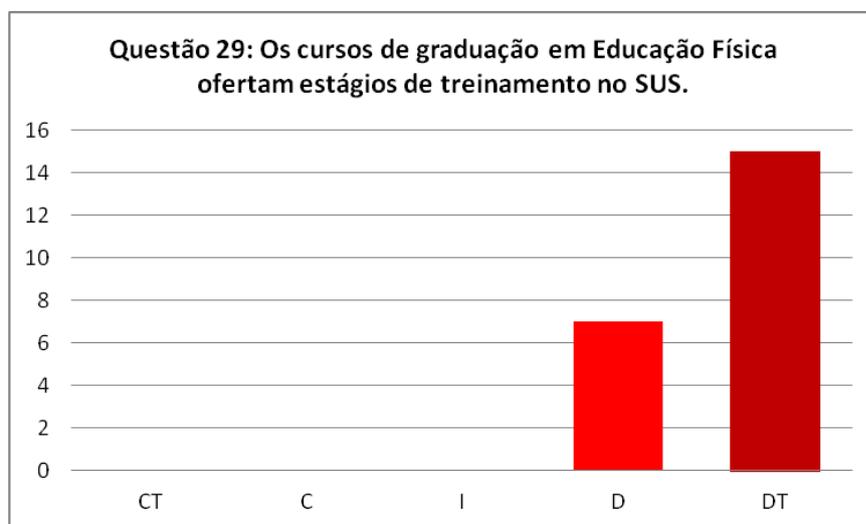


Figura 18: Gráfico referente a assertiva “Os cursos de graduação em Educação Física ofertam estágios de treinamento no SUS”.

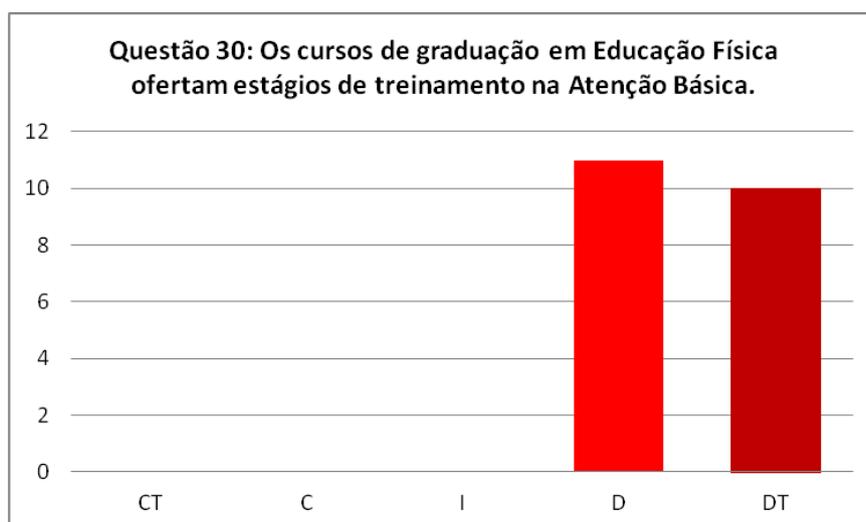


Figura 19: Gráfico referente a assertiva “Os cursos de graduação em Educação Física ofertam estágios de treinamento na Atenção Básica”.

Campos e Forster¹⁰³ consideram a atenção primária como nível adequado para esta formação já que “na comunidade, o aluno está numa posição privilegiada para aprender as atividades preventivas, compreender a realidade do processo saúde doença e sua abordagem holística” (p.84).

Os autores assinalam também que, por meio da vivência de estágio neste nível de atenção, os graduandos sensibilizam-se para a relação com o paciente e assumem a perspectiva da longitudinalidade do cuidado.

Outra contribuição importante da imersão na AB durante a formação é a apreensão das dinâmicas das necessidades de saúde da população. Pitz e Vicente¹⁰⁴ indicam ainda a compreensão e domínio da abordagem das doenças prevalentes, sejam estas, agudas ou crônicas.

A *atualidade da área* é uma das justificativas utilizadas para explicar a não ocorrência de estágios, apontadas por alguns coordenadores. Também atribuem a ausência de estágios à dificuldade de conciliar a grade curricular com a *jornada dos cursos*, geralmente *parcial e com pouco número de horas*. O *perfil do aluno*, que geralmente trabalha no contra turno dos estudos e não tem disponibilidade de vivenciar ações extracurriculares é também sinalizada.

Referente ao perfil do aluno, apresentamos este recorte de uma das entrevistas:

“Bom, eu acredito que existe uma série de problemas que nós passamos aqui na Educação Física. Primeiro é o seguinte: o aluno que nos procura, que procura as escolas de Educação Física particulares, normalmente é um aluno proveniente de uma classe social c, d, estuda de manhã ou a noite.... Então nós temos muitas dificuldades em ter esses estágios. (...)por exemplo, você citou do SUS, pra mim é ótimo estar ouvindo porque eu nunca imaginei que ali fosse um local que pudesse ser encaminhado um formando de Educação Física (...)” (E4).

Santos e Simões¹⁰⁵ relatam que em 2004 foi realizado o primeiro Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes em EF, e os dados neste processo

propiciam uma análise mais apurada da formação de profissionais na área de EF em todo o país. Os autores relatam que do total de alunos convocados pelo INEP, a EF foi a área com o maior número de participantes, representando 21,3% do total de alunos. Outro dado destacado, foi que de todas as áreas avaliadas no Brasil, a Educação Física figurou com o segundo pior desempenho, com 31,2 de média, ficando atrás apenas do Serviço Social com 25,9 de média; já o curso com melhor desempenho foi Medicina com a média de 54,7 (SANTOS E SIMÕES¹⁰⁵).

Outro dado interessante apresentado por Santos e Simões¹⁰⁵ é que o desempenho dos alunos também está associado à categoria administrativa da instituição. Os alunos provenientes de instituições federais obtiveram o conceito 32,4; aqueles oriundos de instituições estaduais obtiveram 29,4; os alunos das instituições municipais obtiveram 27,1 e alunos de instituições privadas ficaram com o conceito 26,4 o que representa a nota mais baixa.

Nos depoimentos dos coordenadores há menção ao estágio em saúde como uma atividade extracurricular. Sete falas contidas nas entrevistas transcritas apontam que **o estágio é opção do aluno**, ou seja, se for opção e a *instituição* que for ofertar a atividade *estiver dentro das normativas propostas pela IES*, o estágio pode ser feito.

Para algumas instituições este estágio, optativo, entra como uma *atividade extracurricular*. Para uma única instituição esta escolha faz parte da proposta curricular. Esta proposta propõe que as atividades de *estágio* se deem *em dois momentos*: o primeiro de vivência e aproximação nas diversas áreas da EF e um segundo de aprofundamento, a ser definido pelo aluno.

Um dos coordenadores enfatiza a importância deste caráter optativo na escolha do campo de estágio.

(...) “Eu acredito que talvez, é... nem todos saiam com essa experiência, é, porque, como eu falei, o estágio é um momento que eles próprios escolhem. Eu não sei, eu acho que isso é importante, o aluno poder escolher e nem todos terem traçado a mesma trajetória.”(E1)

A penúltima categoria analisada aponta que os coordenadores julgam **necessário uma maior aproximação com o campo da saúde ao longo do curso de graduação em EF**.

A existência atual de **cursos com direcionamento para a saúde foi também enfatizada**. Nestes casos, evidenciam-se os estágios em todos os espaços propostos pela saúde, mas o foco é na AB.

“Eu concordo plenamente com o que foi apontado pelos profissionais, até porque, apesar de ter me formado já há algum tempo, eu não tive nenhuma possibilidade de ter um conteúdo aprofundado em saúde pública e depois de fazer estágio na AB em saúde. E vejo pelos meus colegas que são professores de outras universidades e até em outros estados, apesar de ter um esforço individual deles, que tiveram uma formação igual a minha, de pós-graduação em saúde pública, e que depois voltaram para as universidades pra lecionar, em geral, a gente percebe que o curso em si tem que estar voltado, tem que ter uma estrutura direcionada pra isso se não fica difícil” (E2).

Atualmente existem propostas curriculares inovadoras e promissoras que se propõem a formar o Bacharel em EF com ênfase na saúde.

Sobre essa modalidade de formação, Fonseca, et al¹⁰⁰ esclarecem que: i) o egresso desta modalidade além da saúde, é legalmente habilitado para atuar na área do esporte, de rendimento ou de formação e na gestão esportiva, por exemplo, mas, como os demais bacharéis em EF, não assumirá funções do licenciado; ii) além das diversas oportunidades nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário ou terciário), este profissional deverá reunir competências e habilidades que contemplem os diferentes ciclos da vida, setores da sociedade (público, privado, terceiro setor) e os diferentes níveis de intervenção (pessoas, grupos, organizações, comunidades e sociedades).

A iniciativa tem se dado, especialmente, em instituições públicas. Na Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, a formação em EF se dá de forma interprofissional – articulam-se na formação os cursos de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física - e tem como um dos objetivos a formação profissional para a integralidade do cuidado (SANTOS; SIMÕES¹⁰⁵).

Iniciativas semelhantes também são encontradas no Campus Leste da Universidade de São Paulo (USP) e na USP – Ribeirão Preto.

O estudo de Fonseca, et al¹⁰⁰ é enfático ao considerar que:

“No caso da formação em Educação Física com ênfase em saúde, espera-se abandonar a formação orientada para o pragmatismo míope e simplório para adotar a formação orientada na concepção ampliada de saúde com foco em abordagens pedagógicas que considerem os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho. Em outras palavras, abandonar a formação orientada para a reserva de mercado para adotar a formação orientada no perfil profissional dotado de visão sistêmica e hábito de auto-aprendizagem para ações coletivas em prol do empoderamento (empowerment) da população” (p.287).

Ainda na discussão sobre a aproximação com o campo e os estágios outras observações importantes foram feitas. Os coordenadores citaram a *necessidade de aproximação com o campo* ao longo de toda a formação assim como a preocupação de *diferenciar o trabalho das academias com o da saúde* e a *necessidade de experimentação do trabalho interprofissional* durante a formação do profissional de EF.

Outro aspecto investigado sobre a contribuição da graduação para a formação de um egresso apto para atuar na saúde/AB foi **a abordagem das normas e diretrizes do SUS ao longo do curso.**

Nos depoimentos dos dirigentes das IES referentes a esta temática foram identificadas 12 UC, com 29 UR. Destas emergiram 6 Categorias.

Alguns depoimentos afirmam que os cursos de graduação em EF **abordam princípios e diretrizes do SUS:**

“(...) no nosso curso a gente tem os documentos e as diretrizes do SUS abordados bem como os documentos pra isso numa disciplina que chama Políticas Públicas e essas disciplinas vão refletir exatamente isso, normas e normativas do SUS pra atendimento então conseqüentemente os documentos pra isso. Não só do SUS, mas de todo o atendimento de onde este aluno está inserido”. (E4)

Novamente as *disciplinas de Saúde Pública* são citadas, abordando, (i) o reconhecimento da relação saúde e sociedade, ii) os padrões de distribuição de doenças e agravos, iii) o posicionamento e resposta da sociedade aos problemas de saúde e iv) o planejamento, execução e avaliação de programas de EF/Esportes para a área em questão.

No entanto, os coordenadores também reconhecem uma dificuldade *de com formação na área específica* e que existem *poucas disciplinas direcionadas à AB*, especificamente.

Fonseca, et al¹⁰⁰ evidenciam um descompasso entre o crescimento dos cursos de graduação e o número de docentes com perfil adequado para atender as necessidades de ensino relacionado com as intervenções em saúde, tanto na esfera individual como na coletiva.

Um dos coordenadores faz menção a estratégias como discussão de temas e atividades através de visitas aos serviços de saúde como possibilidade de trabalhar o conteúdo no curso pelo qual responde.

Apenas um depoimento enfatiza que os cursos de formação em EF **não abordam princípios e diretrizes do SUS**. Na análise dos questionários observa-se que a maioria dos profissionais em atuação na AB discordam da assertiva “Os princípios e diretrizes do SUS têm sido abordados nos cursos de graduação em Educação Física” (Figura 20).

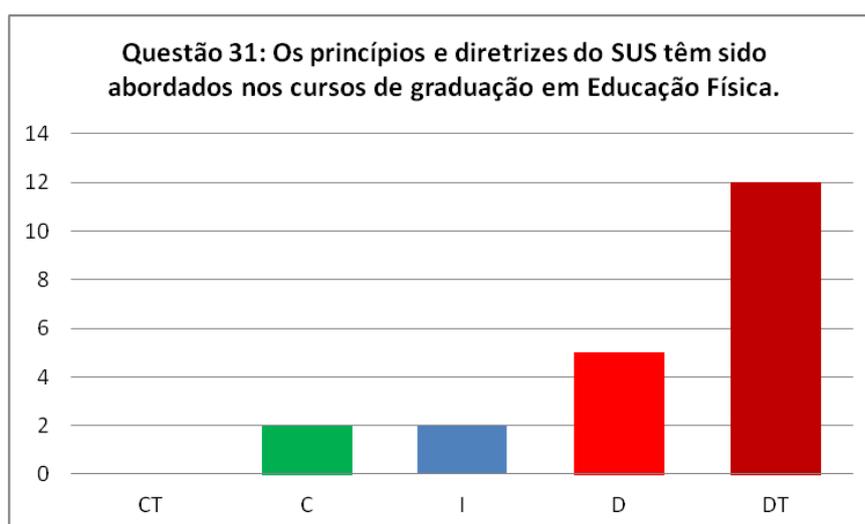


Figura 20: Gráfico referente a assertiva “Os princípios e diretrizes do SUS têm sido abordados nos cursos de graduação em Educação Física”.

Anjos e Duarte⁸ alertam que, muitas vezes, o assunto abordado nessas disciplinas refere-se a técnicas de “socorros e urgências” e ainda carregam consigo preceitos higienistas, contemplando práticas de AF para a saúde segundo essa mesma concepção.

Ceccim e Feuerweker⁸⁹ defendem a abordagem de documentos sobre o SUS durante a formação em saúde. Os autores consideram que:

“A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (p. 43)”.

Este conhecimento sobre o SUS envolve concepções históricas desse sistema assim como o entendimento de seu cotidiano, sua dinâmica de trabalho e mecanismos de interação com as comunidades. Ceccim e Feuerweker⁸⁹ (p.43) enfatizam a necessidade de uma “busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos” e de uma formação de profissionais críticos, comprometidos e capazes de gerar “condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde”, preceitos fundamentais do trabalho nessa área.

Os coordenadores comentam que **há necessidade de propor diretrizes para o curso de bacharelado** com vista a readequá-lo e essa nova demanda.

Vale retomar que, já no final da década de 80, existiu um movimento que reconhecia que a formação em EF já não satisfazia às demandas associadas aos profissionais da área. Desde a Resolução 03/87 vislumbra-se a formação de bacharéis desarticulada da formação dos licenciados.

Por meio de uma diferente interpretação dessa Resolução, as instituições acabaram endossando a formação do “licenciado” com perspectiva e possibilidades “ampliadas”, como estratégia formativa (FAVARO, ET AL¹⁰⁶)

Favaro, et al¹⁰⁶, comentando sobre essa tendência, relata que

“(...) ao mesmo tempo em que se pretendia formar um licenciado para atuar na escola, também se tinha o intuito de formar um profissional capaz de atender as novas oportunidades de atuação fora dela, na tentativa de não limitar as possibilidades de atuação do egresso em Educação Física” (p.200).

Segundo Soriano¹⁰⁷, essa formação ampliada dificulta a assimilação da área pelos formandos, propiciando uma falta de definição quanto ao tipo e especificidade dos conhecimentos e habilidades da área.

Em 2004, a Resolução nº 07* tenta reordenar a formação em EF e diferenciar a habilitação e formação de licenciados e bacharéis. Mas, o que se tem, desde então, é o mesmo cenário com outra roupagem, a já citada formação do tipo 3+1 que aloca e reduz os conteúdos referentes ao bacharelado, os quais contemplariam a temática saúde.

Por fim, poucos dirigentes relatam que **professores com formação específica** trabalham com a temática e inclusive *abordam o NASF* o que possibilitaria a discussão acerca das atribuições da EF na saúde/AB.

“Alguns alunos têm contato, por exemplo, com o que é o NASF. Alguns professores (...) que fizeram mestrado e doutorado na saúde pública abordam essas questões, tem professor que aborda o programa agita São Paulo, alguma coisa do tipo, dia do desafio, mas isso aparece, de forma ainda isolada”. (E5)

Como podemos inferir, estas ações são isoladas e parecem, em alguns casos, corresponder a uma característica do docente e não a uma proposição ou direcionamento do curso. Frente a assertiva “Os documentos sobre as atribuições da categoria profissional Educação Física no SUS são abordados nos cursos de graduação em educação Física”, os profissionais são também praticamente unânimes, discordando da mesma (Figura 21).

* Assunto abordado no capítulo “Educação Física: Caracterização da área e formação profissional”.

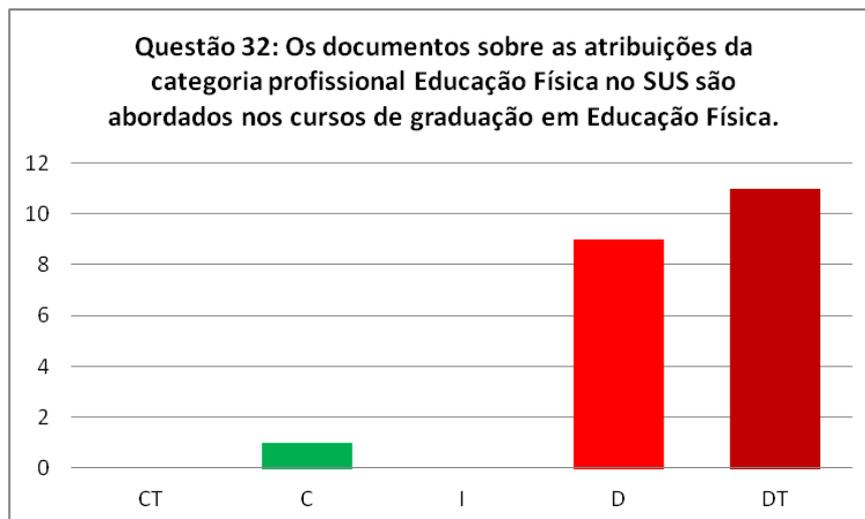


Figura 21: Gráfico referente a assertiva “Os documentos sobre as atribuições da categoria profissional Educação Física no SUS são abordados nos cursos de graduação em Educação Física”.

Fonseca, et al¹⁰⁰ comentam que:

“Tem-se (...) ações interministeriais altamente propícias para implementação de uma formação bacharelada em Educação Física com ênfase em saúde, mas que demandam carga horária e perfil docente capazes de congregarem os três eixos de transformação (orientação teórica, cenários de prática, orientação pedagógica) da formação em saúde. E (...) uma diretriz curricular em Educação Física propondo uma formação bacharelada para aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades para intervir nas perspectivas da saúde, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos (...) (p.286)”.

Por outro lado, Costa e Venâncio¹⁰⁸ denunciam que a formação em EF ainda tem sido centrada na transmissão e aquisição de conhecimentos e tende a privilegiar conteúdos esportivos, com ênfase nos aspectos biológicos e neuro-comportamentais do ser em movimento.

Fonseca, et al¹⁰⁰ frente ao aumento do número de cursos, reconhecem que:

“(...) é necessária a formação dos colegas da Educação Física na pós-graduação (lato sensu e stricto sensu) em saúde coletiva, visto que achados de Rodrigues et al. (2010) demonstram que este movimento é recente (uma década) e resultou em apenas 16 dissertações e ou teses (p.285)”.

A **terminalidade da graduação** no que se refere ao desenvolvimento de competências do egresso do curso para atuação na AB foi também investigada. Neste núcleo direcionador, foram identificadas 11 UC com 21 UR, das quais emergiram 2 categorias.

Nove das falas extraídas das entrevistas indicam a **compreensão da graduação como parte de uma formação**, ou seja, ela é vista como ponto de partida de informação e apreensão de um conteúdo que deve ser continuamente aprimorado.

“Bom, eu, eu vou dar a minha posição sobre o aluno de Educação Física e o recém-formado em Educação Física. Eu acho que a escola ela dá um certo conhecimento, mas o principal conhecimento que ela deve oferecer aos alunos é, mostrar os caminhos que ele deve seguir e estudar, porque a escola, ela não é suficiente pra formação de um profissional (...)” (E6).

A insegurança dos egressos motivando a continuidade dos estudos nessa área de atuação, leva à necessidade de aprofundamento após a graduação. Os coordenadores sinalizam para os cursos de especialização, de aprimoramento profissional e para a residência multiprofissional em saúde.

“(...) eu penso que no município de São Paulo, talvez no estado, mas aqui no município, que é mais a realidade que eu conheço, realizar residências multiprofissionais que a educação física possa participar. Então isso é primordial pra aprimorar a Educação Física em saúde pública e na AB em saúde (E2)”.

Para Feuerwerker¹⁰⁹, a formação de profissionais com perfil adequado à atenção à saúde, de qualidade, não pode se restringir à graduação. A autora menciona que as políticas de saúde e de educação devem contemplar, além da graduação, as políticas de especialização a fim de otimizar a formação para a saúde. Ela menciona ainda o impacto que as residências têm sobre a graduação o que, conseqüentemente, altera sua proposição e estrutura.

Os coordenadores também enfatizam uma **formação generalista** para a graduação.

“Olha em relação a formação do profissional de educação física, eu julgo como competência uma formação de nível de graduação dentro de uma formação geral, dentro de um contexto geral (...), oferecer a estes estudantes uma formação generalista e depois no mercado de trabalho, mais adiante, esses futuros egressos buscassem um aprofundamento, uma especialização”.(E4)

A formação generalista defendida vai ao encontro das DCN de 2004 que, em seu Art.7º afirma:

- Caberá à instituição de ensino superior, na organização curricular as unidades de conhecimento de formação específica e ampliada, definindo as respectivas denominações, ementa e cargas horárias em coerência com o marco conceitual e as competências e habilidades almejadas para o profissional que se pretende formar. [...]

3º A critério da instituição de ensino superior, o projeto pedagógico do curso de graduação em educação física poderá propor um ou mais núcleos temáticos de aprofundamento, utilizando até 20% da carga horária total (BRASIL¹¹⁰).

Segundo Araújo et al¹¹¹ , a visão generalista na abordagem dos problemas de saúde evita a fragmentação do cuidado, o que ao meu ver, só é possível mediante uma formação dotada dessas mesmas características. Os autores afirmam que:

“Para a formação de profissionais do SUS na perspectiva da integralidade é preciso ousar e ser capaz de assumir uma nova visão de mundo, a qual se reflete no modo como encara o paciente, o seu sofrimento e as suas inserções na realidade que o rodeia. Implica também em propor novas soluções para os problemas que afetam pessoas e populações, assim como, também, com base nessa visão mais abrangente adotada, buscar soluções para as novas demandas, antes ocultas ou negligenciadas, que então se tornam explícitas” (p.28-29).

Mesmo se considerar a possibilidade de uma formação terminal na graduação, alguns coordenadores indicam que o tema saúde deva ser trabalhado durante o curso de graduação e **fazer parte do núcleo comum**, ou seja, deve ser ministrado independente da habilitação ou ênfase do curso. Algumas universidades adotam essa característica como é o caso da USP e da UNICAMP.

A maioria dos profissionais investigados consideram necessário e imprescindível cursar pós-graduação para atuar de modo efetivo na área da saúde/AB (Figura 22).

Questão 36: Julgo necessário e imprescindível para atuar na saúde/Atenção Básica cursar especialização ou aprimoramento após a graduação.



Figura 22: Gráfico referente a assertiva “Julgo necessário e imprescindível para atuar na saúde/Atenção Básica cursar especialização ou aprimoramento após a graduação”.

Um dos coordenadores reconhece a *especialização como forma de aprofundamento temático* e propõe a formação do profissional de EF em dois momentos: o primeiro de *informação, “start do conhecimento”, na graduação* e o segundo de *aperfeiçoamento na pós-graduação*, segundo afinidade e interesse do aluno.

5.3 Sugestões para o aprimoramento da formação em Educação Física para a atuação na saúde/AB

Araújo ¹¹¹ afirma que a formação em saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado deve contemplar, como eixos norteadores para a sua construção: i) promoção à saúde; ii) prevenção, reabilitação e tratamento de agravos; iii) concepção/abordagem integral do ser humano; iv) intervenção multidisciplinar; v) atenção integral; vi) inclusão do domínio afetivo da aprendizagem; vii) desenvolvimento da capacidade de diálogo – premissa para a ação multi/interprofissional nas equipes de saúde; viii) visão generalista; ix) saberes da assistência individual e da saúde coletiva x) campos de prática encarados como espaços de ensino-aprendizagem – ou seja, reconhecimento da importância da aproximação com o campo e dos estágios ao longo da formação; xi) educação permanente, com estímulo do aprender a aprender e compreensão da graduação como uma etapa e não como final de um processo; xii) conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde.

Por outro lado, o que tem geralmente ocorrido na graduação em EF, como já explorado ao longo deste texto, são cursos com uma formação técnica e pautada, predominantemente, em disciplinas biológicas.

Bagrichevsky e Estevão⁸¹ salientam, ainda, que a relação entre a EF e a saúde pode assumir uma ênfase reducionista da atividade física. Isto tende a reduzir as propostas da área às tarefas físicas, alimentando uma relação de ‘causa e efeito’ entre ambas. É possível visualizar que as competências destacadas por Araújo¹¹¹, dificilmente serão contempladas quando se assume essa dimensão da área.

Uma dificuldade que os coordenadores de curso apontam, ao propor a reestruturação dos cursos de Educação Física no tocante ao preparo do egresso para atuação na AB, se refere a paradigmas da EF, a partir dos quais **campos tradicionais orientam a graduação, refletindo na expectativa do aluno em relação ao curso**. Neste sentido, a formação para a área escolar e treinamento físico-desportivo ocupam lugar de destaque na formação por serem áreas tradicionais para a EF.

O Perfil do aluno é a outra categoria apontada como dificuldade na reestruturação curricular. Os coordenadores mencionam o *baixo nível sócio-econômico* com conseqüente necessidade de *trabalho dos alunos no contra turno dos estudos* e a *opção pelo curso por fatores externos* a ele como menor custo e menor duração como agravantes desta situação. Assim, é comum *desconhecimento do calouro sobre o que é a EF*.

“É, o que acontece, é preciso mudar a percepção do aluno frente ao curso. O curso de Educação Física é um curso que tem um caráter muito diferenciado da licenciatura pro bacharel. Então o licenciado, ele sabe que ele vai trabalhar com a educação e o bacharel ele sabe que vai trabalhar com academia. Então assim, o foco, ele ainda é muito central” (E3)

“Quando um aluno procura uma instituição, eu vejo essa dificuldade muito grande, que ele vem procurar a Educação Física , ele vem baseado em alguns fatores, como: custo, a mensalidade quanto custa, é, o local onde ela é, e o tempo que ela dura. Então, quando eles chegam pra cá, e eu acho que é uma falta de conhecimento sobre o que é a Educação Física da própria sociedade (...)” (E6).

Silva e Carneiro¹¹² confirmam esta colocação:

“Por esta insuficiência de esclarecimento, a oferta de cursos de Licenciatura e de Bacharelado com duração, carga horária e finalidades diferentes e suas possíveis implicações para as futuras possibilidades de atuação no mercado de trabalho, tem sido vista de forma indiscriminada levando um grande número de candidatos aos cursos universitários, em especial os que concorrem aos cursos oferecidos em Universidades privadas, a realizarem sua opção pela Licenciatura apenas levando em consideração o fato de possuírem menor duração (p.11)”.

Ainda remetendo ao perfil dos graduandos o *baixo nível educacional* decorrente do *sucateamento da Educação Básica* dificulta a reforma dos cursos. Os coordenadores mencionam inclusive que o *reforço/retomada de conteúdos da Educação Básica na graduação* faz-se necessário e isto ocupa a grade impedindo que disciplinas de aprofundamento ou referentes a novas demandas do mercado sejam ministradas.

“(...) essa fragilidade pra mim é (...) a que mais dificulta hoje as instituições poderem trabalhar dentro de uma qualidade mais apurada, né... Então esse sucateamento da educação, do ensino básico, faz com que o profissional fique fragilizado em termos da sua formação profissional. Foi o que eu falei, as universidades acabam tendo que atender essa condição, essa fragilidade, né, que vem da educação anterior (...)” (E4).

A Constituição Federal de 1988 criou condições para que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, designasse o termo Educação Básica e propiciasse que Estado e municípios constituíssem um sistema único de educação básica (BRASIL¹¹³).

“A educação básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores” (BRASIL¹¹³, artigo 22).

Algumas recomendações das DCN para os cursos de EF são apontadas como nós e dificuldades para a readequação dos cursos. Os entrevistados apontam a *formação 3 + 1*, onde a Licenciatura, cursada em três anos, pode ser reaproveitada para a habilitação como Bacharel, realizada após mais um ano de curso e o *restrito número mínimo de horas* preconizadas para a formação em EF como obstáculos a otimização dos cursos sob sua regência.

“Hoje o que se tem, o bacharelado em educação física ele está no formato 3 + 1. O aluno em geral faz três anos de licenciatura e mais um de bacharelado; procurando nesse um ano, embora sejam 4 porque ele aproveita estudos, tem que dar conta de toda uma dimensão que é própria do campo não escolar. Dentre uma das possibilidades ele encontra a saúde. Então isso vai ficar lá diluído em um semestre ou (...) ou em duas ou três disciplinas que tenha um olhar mais voltado para isso, então, isso esbarra não só na formação profissional mas também na natureza da área e uma legislação que recai sobre ela”. (E5)

“Bom, eu, por exemplo, acho que, o número mínimo de horas oferecidas aos alunos de Educação Física não é suficiente para uma formação boa pra ele. Eu acho que deveria ter um número maior de horas na sua formação”. (E6)

O estabelecimento de redes para a prática dos estágios é outra dificuldade e nó crítico para a adequação da formação para a saúde/AB na EF. Segundo os coordenadores existe uma grande *dificuldade de articulação com a Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo*.

“A principal delas é a questão do estágio com a prefeitura municipal e com a SM de saúde. É extremamente difícil, eles dificultam muito pra gente fazer essas parcerias. Todo ano tem que estar renovando e são dezenas de documentos, então, essa questão do estágio é um problema pra nós”. (...) (E2).

Sobre a mudança nos cursos de formação em saúde, Feuerwerker ¹⁰⁹ aponta que:

“A mudança na graduação das profissões da saúde segue sendo um tema fundamental para todos aqueles preocupados com a consolidação do SUS e, cada vez mais presente na agenda política dos gestores do SUS. Isso porque não parece possível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir simultaneamente no mundo da formação e no mundo do trabalho” (p. 78).

Frente à pergunta se você fosse o coordenador do curso de graduação em Educação Física da sua faculdade, faria mudanças, a imensa maioria (95%) do grupo de profissionais de EF vinculados à AB no município de São Paulo, responde positivamente. Essa assertiva apresentava dois posicionamentos aos profissionais de EF: Sim (Questão 37) e Não (Questão 38). Ver Figura 23.

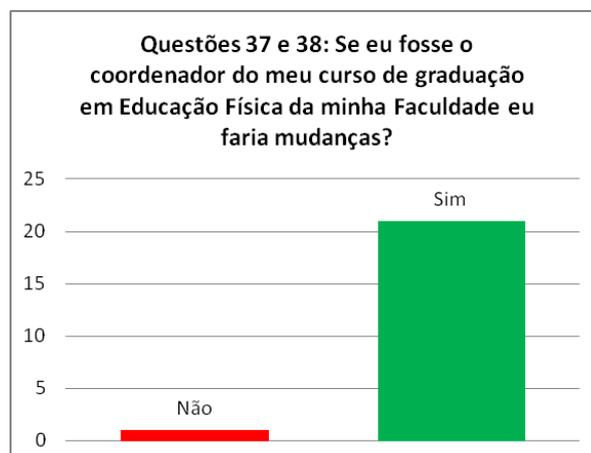


Figura 23: Gráfico referente as assertivas 37 e 38 que interrogam: “Se eu fosse o coordenador do meu curso de graduação em Educação Física da minha Faculdade eu faria mudanças”?

Assim, todos propõem uma **readequação da formação em EF**. Os coordenadores também assumem este posicionamento, sugerindo ainda a proposição de **novas diretrizes para o curso de Bacharelado em EF**.

A **readequação da formação em EF** foi associada a propostas como *i) aumento da carga horária dos cursos; ii) readequação dos conteúdos considerando as demandas do mercado; iii) readequação das metodologias empregadas considerando o mercado e o conteúdo proposto.*

“(…) A gente deveria entrar mais nestes núcleos e a forma de trabalhar deveria ser acompanhando, tendo estágios nesses segmentos, desenvolvendo as disciplinas em cima de temas reais, situações reais, mergulhando nesses núcleos de comunidades, acompanhando lá o que faz o SUS, fazendo parceria com hospitais, com clínicas, com AMAs, pra conhecer de fato o que é feito lá, que tipo de demanda os grupos tem até pra oferta de atividades em parque, clubes e associações de bairro em praças públicas. Acho que a lógica tem que ser outra, tem que conhecer mais o contexto, (...) há uma preocupação, ele se converte em conteúdo, mas eu fico em dúvida quanto ao método que se adota para levar esse conteúdo ao aluno. Eu acho que precisa ser um método mais ativo, o aluno precisa estar mergulhado, inserido no contexto, e isso ainda não acontece.” (E5).

Foi enfatizado por um dos coordenadores *a proposição da Disciplina Saúde Pública e Saúde Coletiva no núcleo comum dos cursos*, ou seja, antes das disciplinas de aprofundamento, independente da opção pela habilitação profissional.

“(…) eu acho que o aprofundamento, eu acho que deva ser dado no curso de bacharelado em Educação Física ou no caso aqui, no curso de bacharelado em ciências da atividade física. Agora, eu acho que o pessoal do esporte também, eles devem ter conhecimento nisso, talvez não o aprofundamento dado nos curso de bacharelado em Educação Física, mas, tanto o bacharelado em esportes como a licenciatura em Educação Física, eles devem ter algumas disciplinas correlatas de saúde pública, não com o aprofundamento que se deve ter no bacharelado, mas eles devem ter isso também (…)”. (E2).

Outra sugestão foi incorporar *disciplinas de Epidemiologia, Saúde Pública e de AF* para nos projetos pedagógicos dos cursos de Bacharelado em EF.

Os profissionais da AB também identificam baixa carga horária e, se pudessem, incluiriam disciplinas vinculadas à saúde na proposta curricular dos cursos (Figuras 24 e 25).

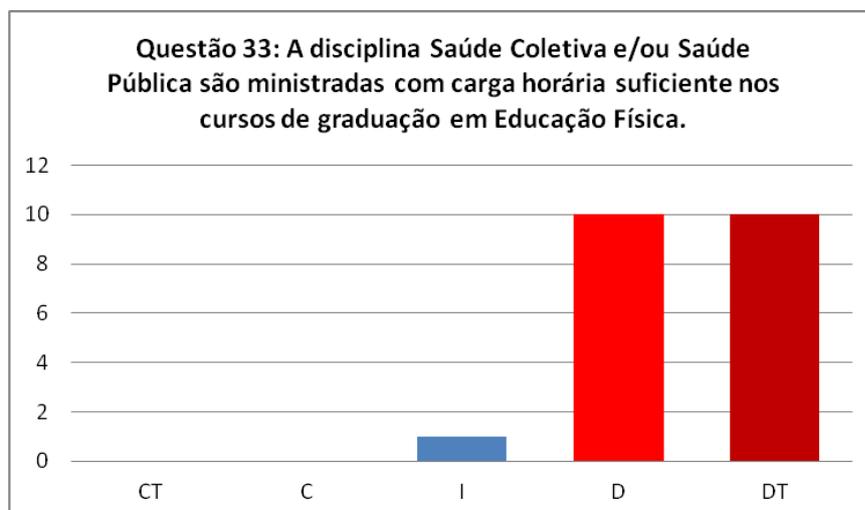


Figura 24: referente a assertiva “A disciplina Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública são ministradas com carga horária suficiente nos cursos de graduação em Educação Física”.

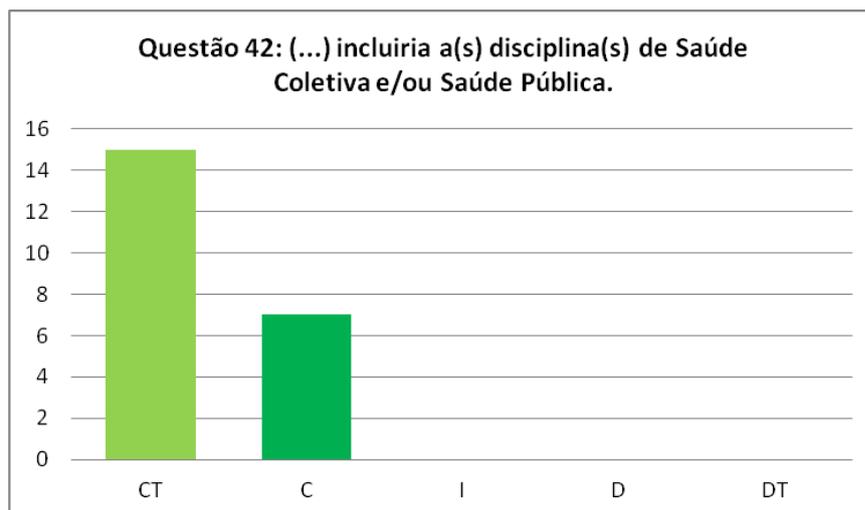


Figura 25: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu incluiria a(s) disciplina(s) de Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública.

Sabe-se que os hábitos, estilo e condições de vida das pessoas influenciam seu equilíbrio vital e, portanto, seu processo saúde-doença. Por essas e outras considerações, autores como Arkeman e Feuerwerker⁷ alertam que o referencial estritamente biológico, frequente em disciplinas da graduação, é insuficiente para a abordagem do processo saúde-doença.

Para os autores, uma disciplina de Saúde Coletiva deve contribuir para o desenvolvimento de competências comuns aos profissionais desse setor, como: atenção à saúde no âmbito da prevenção, promoção e cuidado integral; tomada de decisões; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente.

A concepção de Saúde Coletiva se estabeleceu com uma “crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico”, assegurando que a problemática da saúde é mais abrangente e complexa que a leitura exclusiva da medicina. Para Birman¹¹⁴, o discurso da Saúde Coletiva é uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, com a introdução das Ciências Humanas no campo da saúde.

Uma disciplina de Saúde Pública deveria contemplar informações sobre o sistema de saúde – estruturação, fundamentação, modelos de atenção, conceitos de epidemiologia e vigilância sanitária, conhecimentos

indispensáveis para a apropriação do processo de trabalho e filosofia das instituições de saúde, além de ferramentas que favoreçam a assimilação da realidade das comunidades. Tais saberes aumentam as chances de resolubilidade dos atos e ações em saúde.

Os profissionais também incluíam disciplinas de prescrição de atividades físicas para grupos com patologias crônicas, deficientes e/ou gestantes, por exemplo (Figura 26).

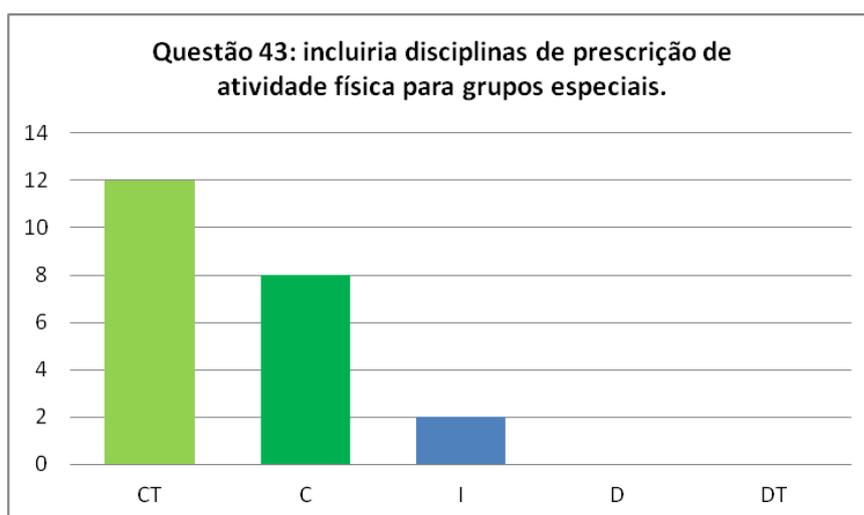


Figura 26: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu incluiria disciplinas de prescrição de atividade física para grupos especiais”.

Reconhecemos a pertinência das disciplinas propostas, mas concordamos com a ressalva feita por Carvalho⁶ de que os Profissionais de EF não conseguirão interferir no processo saúde-doença com uma formação e atuação alheias ao que “se pensa e se faz em saúde”. O autor reforça que, além das intervenções específicas, é necessário dominar a dinâmica e proposição do SUS.

Em relação às metodologias, alguns coordenadores mencionaram a *organização dos conteúdos em unidades curriculares* e a *proposição de módulos interprofissionais* como estratégias de melhoria da formação do profissional de EF.

O interesse pela formação interprofissional também esteve presente nas sugestões de mudanças propostas pelos profissionais. Quando questionados

sobre a possibilidade de alteração do seu próprio curso, a maior parte dos respondentes concordou com a proposição de práticas interprofissionais ao longo da graduação (Figura 27).

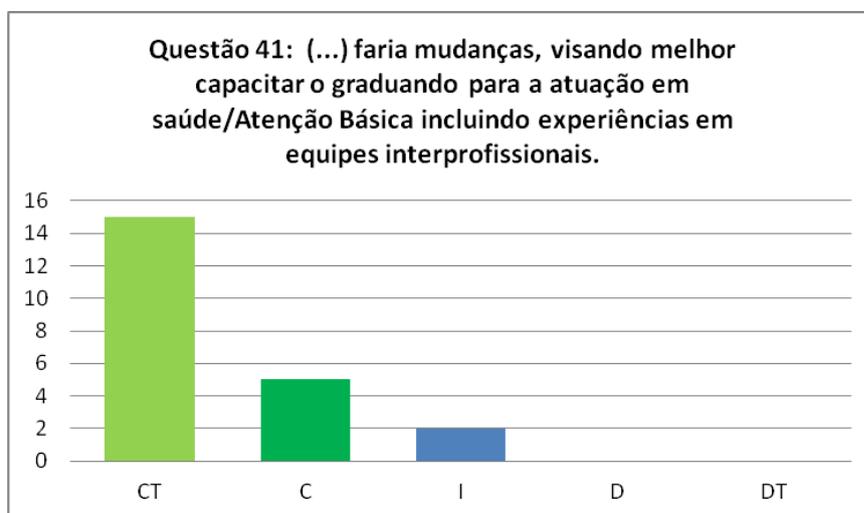


Figura 27: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso faria mudanças, visando melhor capacitar o graduando para a atuação em saúde/Atenção Básica incluindo experiências em equipes interprofissionais”.

A abordagem clássica do ensino na saúde, que perdura em muitos cursos de graduação, “é a transmissão de informação e o treinamento prático em procedimentos diagnósticos e terapêuticos” (Pinheiro e Ceccim¹³, p. 20). Os autores comentam que este tipo de formação geralmente se baseia no ensino centrado nos conteúdos biomédicos, “uma história que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada e que dicotomiza os indivíduos pelas especialidades da clínica” (Pinheiro e Ceccim¹³, p. 20).

Este modelo de formação em saúde passou a ser objeto de reflexão crítica, tanto pela baixa capacidade de preparar as novas gerações profissionais para as políticas contemporâneas do trabalho em saúde, como pelo baixo impacto do exercício profissional na alteração dos indicadores de saúde (PINHEIRO; CECCIM¹³).

Surge, portanto, como estratégia de superação, uma formação integrada não só em termos interdisciplinares mas que articule as diferentes categorias profissionais. Parte-se do pressuposto de que qualquer profissão isoladamente é limitada para dar conta de todo o espectro de demandas apresentadas nas

situações de adoecimento ou sofrimento. Dessa forma, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional tem sido considerado uma estratégia fundamental para a formação em saúde (ARAUJO; ROCHA¹¹⁵).

No Projeto Político Pedagógico do Campus Baixada Santista da UNIFESP se enfatiza que *“Para trabalhar junto no futuro é importante aprender junto sobre o trabalho conjunto”* (UNIFESP¹¹⁶).

A formação de **docentes na área da saúde** também foi sinalizada como um fator que dificulta a formação do profissional de EB para atuação na AB.

O **direcionamento dos cursos para a saúde** foi reconhecido pelos coordenadores como fator que assegura a contribuição da graduação para o desenvolvimento de competências para atuação na saúde..

Ênfase também foi dada para os **Estágios na Saúde e AB e demais formas de aproximação com o campo** ao longo da formação.

“É, eu acho que primeiro tem que ter uma fundamentação teórica, na graduação, por exemplo, a disciplina de saúde Pública, a disciplina de Atividade Física para Doenças Crônico-Degenerativas e um contato do aluno com esta prática para que o aluno tenha este entendimento e essa é um confrontar na realidade também. Que ele tenha essa vivência prática nesta área para que ele desenvolva um bom trabalho. (E3)”.

Como estratégias foram sugeridas *i) visitas a instituições de saúde; ii) inserção e proposição de trabalhos em comunidades do entorno das universidades; iii) articulação das práticas em saúde com os documentos do SUS; iv) estabelecimento de parcerias nos três níveis de atenção à saúde e v) utilização de metodologia ativa para a aproximação com o fenômeno.*

O estágio e a aproximação com o campo foram também mencionados como sugestão de melhoria da graduação pelo grupo de profissionais de EF que responderam ao questionário (Figura 28; Figura 29).

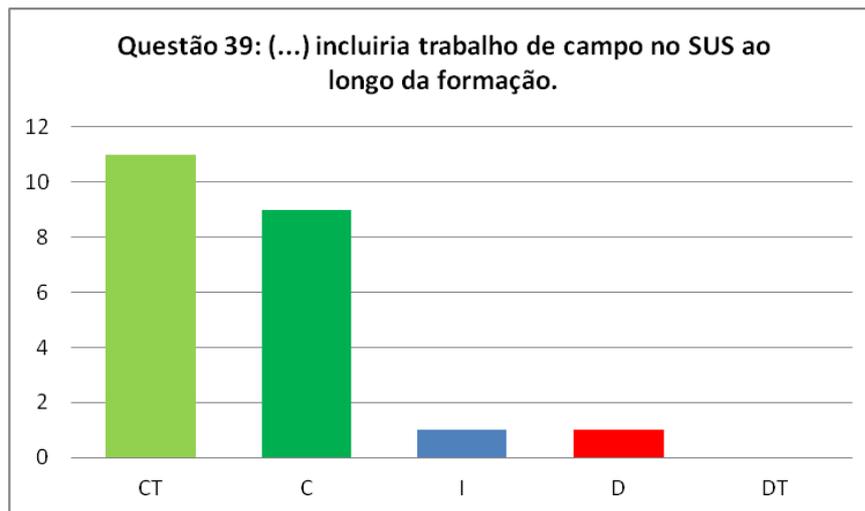


Figura 28: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu incluiria trabalho de campo no SUS ao longo da formação”.

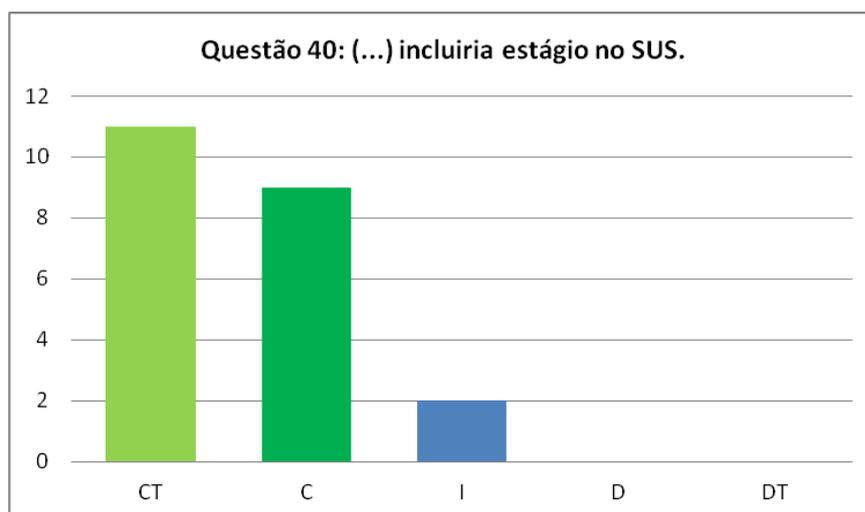


Figura 29: referente a assertiva “Se eu fosse coordenador do meu curso eu eu incluiria estágio no SUS”.

Os coordenadores realçaram a necessidade de **conscientização e sensibilização para a saúde/AB** como estratégias de readequar a formação em EF para a saúde/AB. A *semana acadêmica* com a temática saúde e *dinâmicas para evidenciar as diversas possibilidades de atuação da EF* foram citadas como possibilidades.

Sobre a mudança nos cursos de graduação em saúde, Feuerwecker¹⁰⁹ comenta que a articulação dos movimentos de mudança destes cursos é uma

necessidade e anuncia pontos que devem fazer parte de uma plataforma de ações, como i) a construção das competências comuns das profissões da saúde; ii) a construção da rede-escola, ou dos espaços de aprendizagem na rede de serviços de saúde; iii) a construção da integralidade/trabalho em equipe multidisciplinar (neste sentido a autora menciona que a configuração de redes de cuidado como uma proposta de trabalho promissora, pois é capaz de quebrar a separação da atenção básica em relação aos demais serviços, assim como da saúde coletiva e da clínica)

“As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira” (CECCIM; FEUERWERKER⁸⁹, p48).

Capítulo VI: Considerações Finais

Esta dissertação de mestrado teve como objetivo geral investigar a formação do profissional de EF para a atuação na saúde/Atenção Básica. Consideramos que o objetivo geral desta dissertação foi plenamente atingido. Do mesmo modo, esta pesquisa teve também seus objetivos específicos explorados, conforme previsto.

A hipótese anunciada pelas leituras e vivência prévia da autora no cenário de estudo, foi confirmada, ressaltando o descompasso entre a formação em Educação Física e a demanda nos serviços públicos de saúde.

As principais dificuldades encontradas durante o desenvolvimento deste estudo foi a burocracia encontrada para o estabelecimento da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo.

Ao apresentarmos o anteprojeto deste estudo ao Núcleo de Bioética, foi sinalizado a necessidade de contato prévio com a SMS de São Paulo para estabelecimento de parceria com acordo firmado através do termo de “Autorização Institucional”.

Esta trajetória com a SMS fora bastante “sinuosa”, creio eu, devido ao desenho do estudo ser pouco convencional. Segundo relatos dos membros do CEP deste órgão, os estudos comumente abarcam apenas uma da Coordenadoria Regionais de Saúde (CRS) do município. Neste caso, o procedimento para liberação do termo de “Autorização Institucional”, acontece mediante contato direto com a respectiva CRS. Como nosso estudo abarcava as 5 CRS, foi necessário estabelecer contato com a Coordenadoria da Atenção Básica, o que acontece depois de alguns contatos e protelou a entrega do material desta pesquisa no CEP da UNIFESP por mais de 60 dias.

A singularidade do formato deste estudo também culminou no descompasso entre a articulação com as CRS. Este contato foi necessário para o acesso aos dados dos profissionais de Educação Física a elas vinculados. Identificamos que o trâmite foi diferente para cada uma das CRS assim como o período das respostas às

nossas solicitações. Em algumas CRS, inclusive, a sistemática variou para cada um dos gestores locais.

Em função disto, tivemos acesso a apenas 38 dos 47 profissionais de EF localizados através do CNES, sendo que destes, apenas 22 participaram deste estudo e a coleta prevista para 2 meses foi interrompida no 4º mês após o seu início.

O contato com os coordenadores dos cursos de Educação Física, por sua vez, deu-se neste mesmo período, o que correspondeu com o término do período letivo e início das férias o que fez que algumas entrevista somente fossem obtidas de 30 a 45 dias após a data prevista.

A contribuição mais relevante deste estudo foi a confirmação de que aproximação da EF com a saúde pública tem se configurado para a área como um campo promissor seja pela percepção dos profissionais, seja pela percepção dos coordenadores de curso.

Reforçamos com esta investigação que realmente existe importantes lacunas entre a formação em EF e as demandas anunciadas da AB, o que, pode sobretudo questionar a pertinência da EF neste setor.

Outro ponto de grande fragilidade identificado é a concepção dos coordenadores sobre o trabalho a ser desenvolvido na AB, sendo que alguns deles sequer reconheciam a AB como campo de intervenção da EF.

Apontamos também como grande contribuição a:

i) identificação do profissional em atuação no SUS:

- 54,5 % mulheres e 45,5% homens, metade do grupo graduado há até 5 anos que tem AB é o principal vínculo (95, 45%) e a opção por ela por afinidade com a temática e pela sua associação com questões ideológicas e compromisso com a sociedade.

ii) a caracterização da ações desenvolvidas:

- Prevalendo as ações de promoção a saúde e as práticas, seguidas pelas das ações prescritivas em ações compartilhadas com as equipes de saúde de referência e matricial.

iii) o que pode subsidiar propostas de educação permanente e capacitação nos estabelecimentos da rede de serviços de saúde e nortear a instituições formadoras.

Da mesma forma, os apontamentos sobre as deficiências e necessidades/demandas apontadas tanto pelos profissionais como pelos coordenadores, são capazes de trilhar o (re)direcionamento da formação em EF considerando a saúde como um importante campo de intervenção, como afirmam os coordenadores de curso.

Os coordenadores apontam sugerem as seguintes mudanças para graduação em EF: 1) a proposição de novas diretrizes para o curso de Bacharelado em EF; 2) a readequação da formação em EF com aumento da carga horária e readequação dos conteúdos e das metodologias utilizadas; 3) a proposição da Disciplina Saúde Pública e Saúde Coletiva no núcleo comum dos cursos com incorporação das disciplinas Epidemiologia, Saúde Pública e de AF para doenças crônicas, deficientes e gestantes nos cursos de Bacharelado em EF; 4) a organização dos conteúdos em unidades curriculares e a proposição de módulos interprofissionais; 5) a formação de docentes na área da saúde; 6) O direcionamento dos cursos para a saúde; 7) o investimento em estágios na Saúde e AB e demais formas de aproximação com o campo.

Os profissionais em atuação, por sua vez, sinalizam que: i) 100% dos entrevistados referiram que incluiriam disciplinas de Saúde Pública e Saúde Coletiva na sua formação profissional; ii) 90,90% do grupo apoiam a inserção da disciplina de prescrição de AF; iii) 90,90% do grupo propiciaria experiências interprofissionais ao longo da formação; e, iv) 90,90% propiciaria aproximação com o campo e v) esse mesmo montante (90,90%) incluiria estágios na formação em EF para aperfeiçoar o preparo para a AB.

Interessante notar, entretanto, que apesar de tudo, ambos os grupos apontam interessantes formas de readequação dos cursos de EF para a saúde.

Dentre as estratégias mais relevantes destacamos:

- i) a aproximação com o campo e os estágios no SUS e especificamente na AB por favorecer o reconhecimento do campo e da dinâmica dos serviços de saúde pelos graduandos em EF;
- ii) as experiências interprofissionais que assegurariam a dinâmica do trabalho em equipe e da clínica ampliada.

Movimento interessante e que merece acompanhamento é a estruturação de cursos de Bacharelado em EF com ênfase na saúde. Olhar para estes cursos assim como para a trajetória de seus egressos pode ser de grande valia para a readequação dos cursos de EF “tradicionais”.

Outra grande escola capaz de auxiliar no direcionamento da formação em EF para a saúde é a proposta das residências multiprofissionais em saúde para a EF.

De qualquer modo é imprescindível que as IES estejam comprometidas com as DCN e em sintonia com o mercado de trabalho, especialmente no que diz respeito a área da saúde/AB.

Reconhecemos a pertinência deste estudo, mas, todavia assinalamos a necessidade e a pertinência de novos estudos sobre esta temática; é preciso que outros estudos abordem a formação em EF tendo como foco o novo e promissor campo para o profissional da área: a AB.

Anexo I: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da SMS de São Paulo



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 0068.0.162.174 - 11

São Paulo, 18 de Agosto de 2011
PARECER Nº 268/11 – CEP/SMS

Ilma. Sra.
Tatiana Coletto dos Anjos

Projeto de Pesquisa: “Revisitando a Educação Física a partir da Prática do Profissional de Educação Física na Atenção Básica”.

Pesquisador Responsável: Tatiana Coletto dos Anjos.

Instituição: Universidade Federal de São Paulo – Hospital São Paulo – UNIFESP / Departamento de Saúde, Educação e Sociedade.

Instituição Co-Participante: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – SMS/SP – Coordenação da Atenção Básica.

Patrocinador: não há menção.

1 - Sumário Geral do Protocolo

- 1.1 Descrição sucinta do(s) objetivo(s), desenho e metodologia (descrever grupos e procedimentos; caso haja placebo, citar sua constituição e administração).

Objetivo Geral: Investigar o preparo do Profissional de Educação Física na graduação para a atuação na Atenção Básica.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar o Profissional de Educação Física que atua na saúde/Atenção Básica.
2. Identificar os motivos que levam os Profissionais de Educação Física para a saúde/Atenção Básica.
3. Caracterizar a prática do Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica.
4. Aprender as contribuições da graduação em Educação Física para o desenvolvimento da competência profissional do Profissional de Educação Física para a atuação na saúde/Atenção Básica.

Espera-se, assim, obter insumos para a interlocução da graduação com a prática do Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica construída pelo prisma de quem nela atua.

Fundamentação Metodológica: Neste estudo, de caráter exploratório, serão empregadas abordagens quantitativa e qualitativa de modo complementar para a compreensão e apreensão dos eventos e da realidade a ser investigada.

- 1.2 Referência sucinta aos critérios de participação (recrutamento, abordagem dos sujeitos de pesquisa, critérios de inclusão e exclusão).

População de Estudo:

Será composta por Profissionais de Educação Física que atuam na Atenção Básica do serviço público de saúde.

Amostra: Serão investigados Profissionais de Educação Física que atuam na Atenção Básica no município de São Paulo e que sejam egressos há até cinco anos.

A primeira etapa de estudo tenderá ao universo e terá amostra estimada, segundo o CNES, de 60 Profissionais de Educação Física. Neste momento utilizar-se-á um questionário.

O momento dois da pesquisa contemplará entrevista com grupos específicos. Este instrumento será elaborado a partir dos apontamentos decorrentes da etapa anterior deste mesmo projeto. A população será a mesma e utilizar-se-á amostragem qualitativa, ou seja, por saturação, reincidência da coleta de dados.

Instrumento de Coleta de Dados

Um questionário será empregado na primeira etapa da pesquisa, como forma de aproximação e diagnóstico do objeto de pesquisa. A abordagem abrangerá o universo da população de Profissionais de Educação Física que atuam na Atenção Básica/SUS.

Questionário

CAAE: 0068.0.162.174 - 11

Este instrumento será composto por duas partes: uma de caracterização dos sujeitos, e a subsequente composta por um questionário do tipo Likert que investigará a prática do Profissional de Educação Física no SUS e dados referentes à sua formação (ANEXO I).

O material baseado em Likert será composto por uma série de assertivas relacionadas com o objeto do estudo. A escala tipo Likert pertence ao grupo das escalas de atitude e exige resposta graduada para cada uma das afirmações propostas. Geralmente a resposta é apresentada em 5 graus, sendo um extremo o total desacordo (grau 1), e o outro extremo o total acordo (grau 5); o ponto intermediário (grau 3) representa indecisão. As expressões contidas neste projeto assumirão valores 2, 1, 0, -1, -2.

O questionário foi previamente testado, através de estudo piloto, por três sujeitos de mesma formação acadêmica que a dos entrevistados. Segundo apontamentos dos mesmos, foi adaptado.

Entrevista

A entrevista, destinada a fase subsequente deste estudo, será elaborada a partir dos resultados encontrados na etapa anterior, como forma de aprofundamento da temática de estudo.

A população será a mesma e utilizar-se-á amostragem qualitativa ou por saturação. As amostras qualitativas se justificam por serem representativas das variedades de visões, pontos de vista, representações, valores relacionados à área estudada tanto em termos de variabilidade e consenso. O procedimento, portanto, será repetido até que se obtenha repetição nas respostas. As amostras serão constituídas de modo aleatório.

Núcleos Direcionadores irão compor as entrevistas. Estes serão extraídos da análise dos questionários. No momento da entrevista utilizar-se-á, como recurso, os gráficos gerados pela análise das respostas dos questionários. Eles ilustrarão as perguntas que irão compor o roteiro da entrevista semi-estruturada.

As respostas das entrevistas serão gravadas em áudio e/ou em vídeo, mediante o consentimento do entrevistado. Posteriormente, este material será transcrito integralmente pelo própria pesquisadora.

2 - Considerações

2.1 Local de Realização

2.1.1 O projeto não é multicêntrico.

2.2 Apresentação do Protocolo

2.2.1 A Folha de Rosto está corretamente preenchida.

2.2.2 O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

2.2.3 O orçamento detalhado está adequado, mas não menciona a fonte dos recursos.

2.2.4 O cronograma da pesquisa está adequado.

Há pertinência e valor científico no estudo proposto.

2.3 Avaliação dos riscos e benefícios

2.3.1 A metodologia é adequada aos objetivos.

2.3.2 A metodologia não impõe condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa.

2.3.3 Identificação e avaliação dos riscos-benefícios (a possibilidade de benefícios pode compensar os riscos? Há descrição suficiente dos riscos no projeto?).

2.3.4 Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos. (informação, privacidade, recusa inócuca, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, etc.).

2.4 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

2.4.1 É conciso e objetivo.

2.4.2 Não está formulado na forma de convite à participação no estudo.

2.4.3 A linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa.

2.4.4 Há descrição suficiente dos procedimentos.

- 2.4.5 Há explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.
- 2.4.6 Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa.
- 2.4.7 Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, sem prejuízo de seus cuidados.

3 - Situação do Protocolo - pendente quanto:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – necessitava de retificações, após pendência as modificações realizadas foram analisadas pelo relator e consideradas adequadas.

III - Situação do Protocolo – APROVADO

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



Amury Zatorre Amaral
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

Anexo II: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas da EPM/UNIFESP



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisas
Hospital São Paulo

São Paulo, 22 de julho de 2011.
CEP 0967/11

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) TATIANA COLETTI DOS ANJOS
Co-Investigadores: Nildo Alves Batista (orientador)
Disciplina/Departamento: SAÚDE, EDUCAÇÃO E SOCIEDADE/Ciências da Saúde/BAIXADA SANTISTA da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **"Revisitando a graduação em Educação Física a partir da prática do profissional de educação física na atenção básica"**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo educacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Investigar o preparo do profissional de Educação Física na graduação para a atuação na Atenção Básica de Saúde.

RESUMO: A pesquisa constará com os profissionais de Educação Física que atuam na saúde/Atenção Básica no município de São Paulo, e que sejam formados há até 5 anos. A coleta de informações será realizada em 2 etapas: um questionário de Likert será empregado na primeira etapa da pesquisa como forma de aproximação e diagnóstico do objeto de pesquisa. A abordagem abrangerá o universo da população e terá seus resultados expressos em gráficos. A entrevista, semi-estruturada, será destinada a fase subsequente e será elaborada a partir dos apontamentos decorrentes da etapa anterior (núcleos direcionadores), como forma de aprofundamento de temática de estudo. Os gráficos resultantes do questionário de Likert serão utilizados como disparadores das questões abarcadas pela entrevista. Ela terá amostragem qualitativa ou por saturação. Sua análise será feita através da análise de conteúdo.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Compreender como se caracteriza a atuação do profissional de Educação Física no SUS e deste modo, responder como tem se configurado suas intervenções. Este olhar para a prática possibilitará ainda um diálogo com a formação deste profissional.

MATERIAL E MÉTODO: Descritos os procedimentos que serão realizados. Apresentada carta de autorização institucional para a realização da pesquisa assinada por representante da Coordenadoria da Atenção Básica do Município de São Paulo..

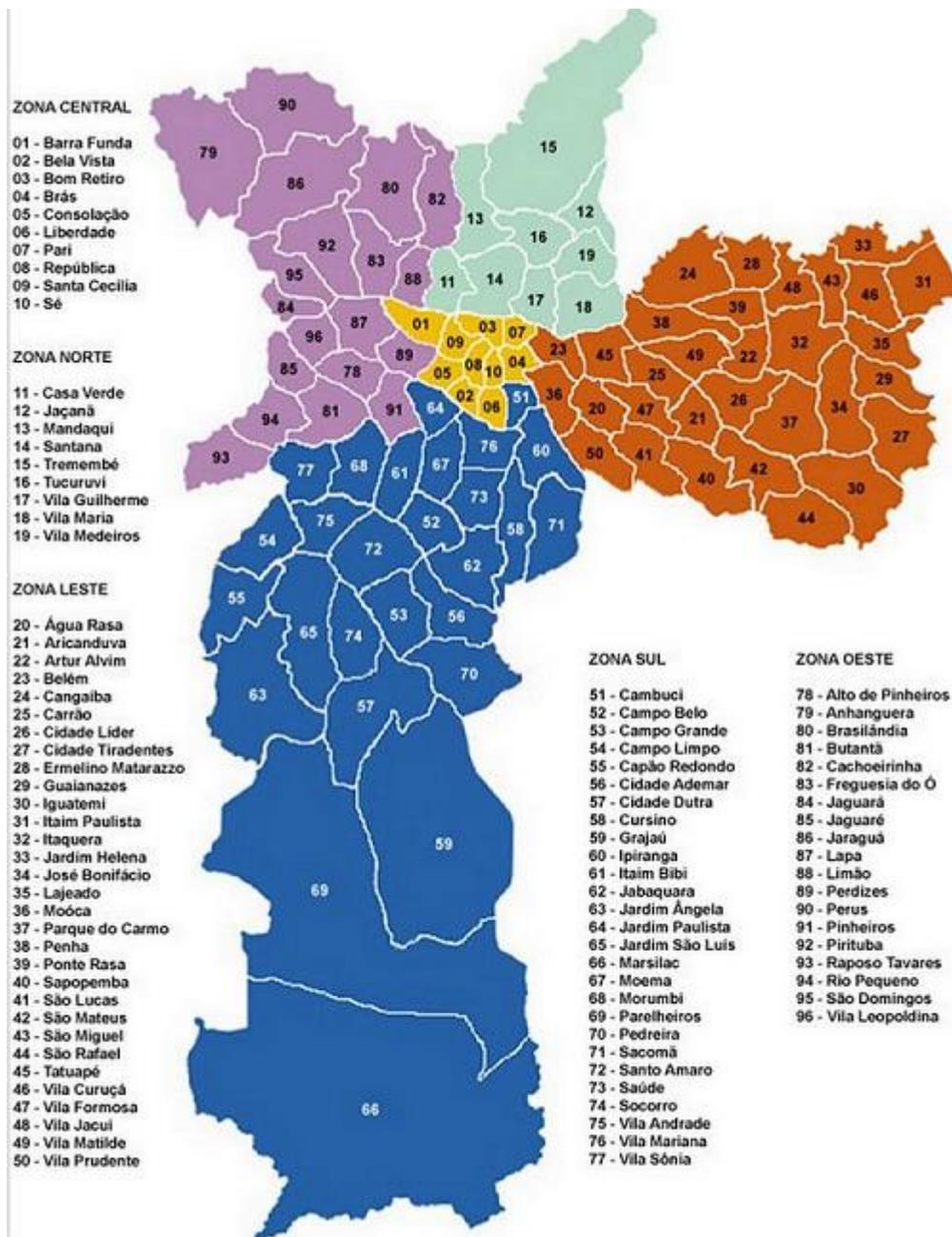
TCLE: Apresentado adequadamente, contemplando as informações sobre gravação em áudio e filmagem..

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 14 MESES.

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado.

Anexo III: Mapa do município de São Paulo - distribuição por regiões/bairros



Referência Bibliográfica

1. SOARES, CL. Educação Física: raízes europeias e Brasil. Campinas: Autores Associados, 1994. 167 p.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Política nacional de atenção básica (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 60p.
3. PALMA, A. Educação Física, Corpo E Saúde: Uma Reflexão Sobre Outros “Modos De Olhar”. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, v. 22, n. 2, p. 23-39, jan. 2001.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Cadernos de Atenção Básica n. 27**. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.
5. FREITAS, FF. **A EF no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.
6. CARVALHO, YM. Educação Física e Filosofia. In: CARVALHO, Y.M. & RUBIO, K (orgs). **EF e ciências humanas**. São Paulo: Hucitec, 2001, PP.99-101. Apud FREITAS, F. F. A EF no serviço público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
7. AKERMAN, M; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 183 - 198.
8. ANJOS, TC; DUARTE, ACGO. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 19 (4): 1127-1144** 2009.
9. PAIM, JS. ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública, n. 32, p. 299-316, 1998**.
10. HEIDMANN, ITSB. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358**, abr-jun 2006.
11. AYRES, JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 16-29**, set-dez. 2004.
12. ROCHA, VM. CENTURIÃO, CH. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (Org.) **Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: UFRGS, 17-31, 2007.
13. PINHEIRO, R e CECCIM, R.B. Experimentação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. IN: PINHEIRO, R. et al (orgs) **Ensinar Saúde: A integralidade do SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006 – p.13-35.
14. SILVA, EVM. et al. **A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar**. CONASEMS, Athalaia: Brasília/DF, 2008. 28p.
15. CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-182.

16. MAIA, J.A. O Currículo do Ensino Superior em Saúde. In: BATISTA, NILDO A; BATISTA, SYLVIA H.S. **A Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 101-133.
17. NATALINI, G. **Princípios Básicos do SUS**. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004. 256p.
18. ELIAS, PE. IN: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2001. **SUS - O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. V.1**. 1ª edição. Associação Paulista de Medicina: São Paulo, 2000. 93 páginas. Disponível em: <http://www.apm.org.br/publicacoes/cartilhasusvolume1.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.
19. CAMPOS, GWS. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal – privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 12 (Sup.) 1865-74, 2007.
20. SERRA, J. As duas reformas da saúde. p. 7- 9. IN: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2001. **SUS - O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. V.2**. 1ª edição. Associação Paulista de Medicina: São Paulo, 2001. 93 páginas. Disponível em: <http://www.apm.org.br/publicacoes/cartilhasusvolume2.pdf>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2011.
21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **ABC do SUS - Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.geosc.ufsc.br/babcsus.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2011.
22. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS - CNM. **Saúde municipal – orientação para qualificação na gestão confederação nacional dos municípios – CNM 2008**, Brasília, coletânea gestão publica municipal gestão 2009 - 2012. CNM, 2008.
23. FRANCO, TB. MEHRY, EE. PSF: Contradições e novos desafios. Tribuna Livre. Belo Horizonte, 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> Acesso em: 15 de abril de 2008.
24. ALOI, A. Núcleos de Apoio à Saúde da Família começam a ser implantados. Unidades do Ribeirópolis, Samambaia e Melvi já participam de projeto piloto. 2009. Disponível em: http://www.praia grande.sp.gov.br/pgnoticias/noticias/noticia_01.asp?cod=12459&cd_categoria=. Acesso em: 10/03/2012. Acesso em: 10 de janeiro de 2011.
25. PASQUIM, HM. A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.1, 2010. p. 193-200.
26. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE), CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CEP). **Parecer n.º 058 de 18 de Fevereiro de 2004**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em EF, em nível superior de graduação plena.
27. WACHS, F. **Educação física e saúde mental: uma reflexão introdutória**. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, F (orgs.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p.87-98.

28. FLORINDO, A. A. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**; V. 14, N. 1, 2009. p.72-73.
29. CECCIM, RB. BILIBIO, LF. Singularidades da EF na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, AB.; WACHS, F. (Org.). Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 47-62.
30. ROTHEN, JC. Os bastidores da reforma universitária de 1968. **Educ. Soc., Campinas, vol. 29, n. 103, maio/ago. 2008, p. 453-475.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/es/v29n103/08.pdf>. Acesso em: 18 de jan de 2011.
31. MARANHÃO, E. A.; SILVA, F. M. **Formação médica: Novas diretrizes curriculares e um novo modelo pedagógico.** In: ARRUDA, B. K. G. (Org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife, IMIP, 2001. Cap. 8, p. 153- 168.
32. MATTOS, D. **As novas diretrizes curriculares e a integralidade em saúde: uma análise das possíveis contribuições da odontologia para o trabalho em equipe.** Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social: 2006. p.168.
33. AMARAL, G.A. et al. Formação profissional e diretrizes curriculares da EF. Anais do V Simpósio de Estratégias de Ensino em Educação/EF Escolar. In: Revista Especial de EF – Edição Digital v. 3, n. 1, novembro 2006. Disponível em: <http://www.faefi.ufu.br/nepecc>. Acesso em 30/11/2010.
34. PIRES, R. G. Formação Profissional em Educação Física no Brasil: suas histórias, seus caminhos. In: **Revista da Faced, nº 10, 2006. p. 179-193.**
35. AZEVEDO, A. C. B. e MALINA, A. Memória do currículo de formação profissional em EF no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, Colégio Brasileiro de Ciências do Esporte, v. 25, nº 2, janeiro de 2004, p. 129-42 – **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** EF. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. P 86-137.
36. GRUNENVALDT, José Tarcísio. 1997. **Escola Nacional de Educação Física e Desporto: o projeto de uma época.** Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Sergipe. Apud PIRES, R. G. Formação Profissional em Educação Física no Brasil: suas histórias, seus caminhos. In: **Revista da Faced, nº 10, 2006. P 179-193.**
37. NETO S.S.; HUNGER, D.A.C.F. **Formação profissional em educação física: estudos e pesquisas.** Rio Claro: Biblioética, 2006.
38. HADDAD, A. E. (et al). – **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Educação Física. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
39. COLLET, C. et al. Formação Inicial em EF no Brasil: trajetória dos cursos presenciais de 2000 a 2006. **Motriz, Rio Claro, v.15 n.3 p.493-502, jul./set. 2009.**
40. COUTINHO, SS. **COUTINHO, S. S.** Competências do profissional de **Educação Física** na. Atenção Básica à Saúde. **2011.** 207 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

41. SELTZ, Claire et al. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. Tradução de Maria Martha Hubner de Oliveira. 2ª edição. São Paulo: EPU, 1987. Apud: BONI, V e QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.
42. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª edição. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
43. BOGDAN, R.C; BIKLEN S.K. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Portugal: Porto Editora, 1994.
44. MINAYO M.C.S, SANCHES O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, V. 9, N.3, jul/set, 1993.
45. BAUER, M. W. GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com som, imagem e texto**. 6ª ed. Vozes, Petrópolis, 2007.
46. PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Coordenação da atenção básica estratégia saúde da família. **NASF - Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações dos Núcleos de Apoio a Saúde a Família**. 2009. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 27 de janeiro de 2011.
47. GÜNTER, 2003 Apud CUNHA, DM. ET AL. Mercado de trabalho no Brasil: características da informalidade. *RDE – Revista de desenvolvimento econômico* 88. Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011 Salvador, BA Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011 Salvador, BA. p.87-100.
48. CUNHA, DM. ET AL. Mercado de trabalho no Brasil: características da informalidade. *RDE – Revista de desenvolvimento econômico* 88. Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011 Salvador, BA Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011 Salvador, BA P.87-100
49. MINAYO, M. C. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K. ; ASSIS, S. G. ; CONSTANTINO, P. (Org.). *Impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 21-42.
50. MARCONI, MA. LAKATOS, EM. *Fundamentos de metodologia científica*, 7ª Edição. São Paulo, Atlas, 2010.
51. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
52. FRANCO. M.L.P.B. **Análise do Conteúdo**. 2ª Edição. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2005.
53. DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004**.
54. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 6 ed, 1999.
55. LAPO, FR; BUENO, BO. Professores, desencanto com a profissão e abandono do magistério. *Cad. Pesqui.* [online]. 2003, n.118, pp. 65-88. ISSN 0100-1574. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742003000100004>.
56. COTTA, R M M et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv.*

Saúde [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 7-18. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>.

57. SANTOS, ET AL. Comparação entre o perfil do profissional de academia de musculação e o perfil do profissional da Educação Física Escolar. EFDepores, 2008. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd116/perfil-do-profissional-da-educacao-fisica.htm>
58. SANTINI, et al. Perfil dos profissionais das equipes de saúde da família em municípios de pequeno porte de uma regional de saúde do paraná e suas condições de trabalho. Anais do III Congresso Consad de Gestão Pública. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_3/Perfil_dos_profissionais_das_equipes_de_saude_da_familia_em_municípios_de_pequeno_porte_de_uma_regional_de_saude_do_parana_e_suas_condicoes_de_trabalho.pdf.
59. OTTA, RMM et al . Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, sept. 2006 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=es&nrm=iso>. acessado em 02 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>.
60. FOLLE, A. Et al. Construção da Carreira Docente em Educação Física: Escolhas, Trajetórias e Perspectivas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Movimento, vol. 15, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 25-49.
61. GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Power in the helping professions*. Zurich: Spring Publications. 1998.
62. MAGALHÃES, M et al . Eu quero ajudar as pessoas: a escolha vocacional da psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2001. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 22 mar. 2012.
63. CUNHA, DM. ET AL. Mercado de trabalho no Brasil. **Características Da Informalidade**. RDE - REVISTA 88 Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011 Salvador, BA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011 Salvador, BA. p.87-100.
64. LEONE, 2010 Apud CUNHA, DM. ET AL. **Mercado de trabalho no Brasil: Características da Informalidade**. RDE - Revista de desenvolvimento econômico 88. Ano XIII Nº 24 Dezembro de 2011. p.87-100
65. RIBEIRO, SR. Perspectivas de atuação do profissional de educação física: perfil de Habilidades no atual contexto de mercado e formação inicial. **Anais do XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, 2008. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2008/anais/arquivosCEGLU/CEGLU1695_01_A.pdf
66. CARVALHO, T. et al. **Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade Física e saúde**. Rev Bras Med Esporte. v. 2, n. 4, p. 79-81. 1996.
67. GALINDO, AG. Mercado de trabalho da educação física: um breve ensaio sobre os impactos da regulamentação profissional. **Anais do Ciclo de Palestras da Semana do Profissional de Educação Física** – Secretaria Estadual do Desporto e Lazer–Macapá-AP, Set 2005.

- p.21-39. Publicado também na Revista da FA7 – Faculdade 7 de Setembro. Fortaleza-CE. Vol. 3, Num. 2 Jul/Dez 2005. p. 63-92.
68. OLIVEIRA, VM. **Consenso e Conflito: Educação Física Brasileira**. 2. ed. – Rio de Janeiro – RJ: Editora Shape, 2005.
69. ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
70. GIL, CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181**, jun, 2006.
71. ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo, Unesp-Hucitec-Abrasco, 1994
72. RESTREPO, H.E. Conceptos y definiciones. In: Restrepo; H.E, Málaga, H. (Orgs.). **Promoción de la salud: cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001. p. 24-33.
73. PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.
74. PALMA, A. et al. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção à saúde. In: **BAGRISHEVSKY, M. et al (ORG). A saúde em Debate na Educação Física**. Blumenau. Editora EDIBES. 2003.
75. CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública*_ 15(4): 701-710, 1999.
76. MALTA, DC et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 1, mar. 2009 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 02 abr. 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100008>.
77. BENEDETTI, A. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Jul-Set; 16(3): 387-98.
78. SABIA, RV et al. Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbico e anaeróbico. **Rev Bras Med Esporte** _ Vol. 10, Nº 5 – Set/Out, 2004.
79. ADORNO, RCF. Os jovens e sua vulnerabilidade social. 1ª ed. – São Paulo : AAPCS – Associação de Apoio ao Programa Capacitação Solidária, 2001.
80. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42**.
81. BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a educação física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 65-74, jan./jun. 2005.
82. **BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 287 de 08 de outubro de 1998.**
83. **BRASIL. Lei nº 9696 de 1º de setembro de 1998. Regulamentação da Profissão de Educação Física e criação do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. 1998.**
84. SASSAKI, RK. Eufemismo na contramão da inclusão. *Reação (Revista Nacional de Reabilitação)*, ano XIV, n. 74, maio/jun.2010, p.14-17.
85. CASTIEL, L.D.; SILVA, P.R.V. A noção 'estilo de vida' em promoção de saúde: um exercício crítico de *sensibilidade epistemológica*. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Org.). **A saúde em debate na educação física – volume 2**. 2004. (2004)

86. MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
87. NAHAS, M.V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2 ed. Londrina: Midiograf,2001.
88. SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo : Cultura Acadêmica, 2009. 248 p.
89. CECCIM, R B; FEUERWERCKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): 41-65, 2004**.
90. DAVINI, MC. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p. p.39-63**.
91. Organização Pan-Americana da Saúde. **Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde: experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil**. Brasília: 2004.
92. PEDUZZI, M. 2009.Trabalho em Equipe. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://www.epsiv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/traegu.html>.
93. MORIN, E. Sur l'interdisciplinarité, Bulletin Interactif du Centre International de Recherches. IN: Études transdisciplinaires, n° 2, 1994.
94. FOUREZ, G. Qu'entendre par 'îlot de rationalité' et par 'îlot interdisciplinaire de rationalité. IN: **revue Aster**, n°25, 1997.
95. TAVARES, CHF et al. **O currículo paralelo dos estudantes da terceira série do curso médico da Universidade Federal de Alagoas**. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2007, vol.31, n.3, pp. 245-253. ISSN 0100-5502.
96. BATISTA, NA et al, 2005. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 2005: 39(2): 231-7.
97. LIMA, VV. Competencia: distintos abordajes e implicaciones en la formación de profesionales de la salud. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.
98. MOGLIKA, M. Educar para a Democracia. *Cad. Pesqui.*, n.119, p.129-46, 2003.
99. BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. A prática como eixo da aprendizagem na graduação médica. In: PUCCINI, R. F. et al. (Org.). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. 312p.
100. FONSECA, AS. ET AL. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. v16. N 14, 2011.
101. FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
102. FEUERWERKER LCM. **Além do discurso de mudança na educação médica - processos e resultados**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

103. CAMPOS, Maria Angélica de Figueiredo; FORSTER, Aldáisa Cassanho. Percepção e avaliação dos alunos do curso de medicina de uma escola médica pública sobre a importância do estágio em saúde da família na sua formação. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Mar. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Apr. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000100011>.
104. PITZ PB, VICENTE VC. La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. **Atención Primaria** 2004; 34(8): 433-6.
105. SANTOS, ALP; SIMÕES, AC. Desafios do ensino superior em educação física: considerações sobre a política de avaliação de cursos. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 59, p. 259-274, abr./jun. 2008.
106. FAVARO, E. et al. O Conteúdo da Intervenção Profissional em Educação Física: O ponto de vista de docentes de um curso de formação profissional. **Movimento**, vol. 12, núm. 2, mayo-agosto, 2006, pp. 199-221
107. SORIANO, JB. **A constituição da intervenção profissional em Educação Física: interações entre o conhecimento “formalizado” e a noção de competência.** 2003. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2003.
108. COSTA, E.M.B.; VENÂNCIO, S. Atividade física e saúde: discursos que controlam o corpo. **Revista Pensar a Prática**, v. 7, n. 1, p. 59-74, 2004.
109. FEUERWERKER, L.C.M. Estratégias para mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**, v. 2, p. 78-80, 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf
110. BRASIL, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE), CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR (CEP). **Resolução n.º 7 de 31 de março de 2004.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.
111. ARAÚJO, D. MIRANDA, MCG. Brasil. SL. FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE. **Revista baiana de saúde pública v.31, Supl.1, p.20-31, jun. 2007.**
112. SILVA, SAPS. CARNEIRO, AB. Perfil de ingressantes e razões de escolha pelo curso Superior de Educação Física. **Motriz, Rio Claro**, v.12 n.1 p.09-21, jan./abr. 2006.
113. BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.**
114. BIRMAN, J. A *Physis* da Saúde Coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro**, v. 15, supl, p. 11-16, 2005.
115. ARAÚJO, MBS. ROCHA, PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2007 Apr [cited 2012 Sep 03]; 12(2): 455-464.** Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>.

116. BRASIL. CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE (CNS). **Resolução – N° 218, de 6 de Março de 1997**. Reconhece a categoria da Educação Física como profissional da saúde.
117. UNIFESP. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO- CAMPUS BAIXADA SANTISTA. **Projeto Político Pedagógico**. 2006.

Apêndice

1. Termo de Autorização Institucional



Termo de Autorização Institucional

Prezado(a) Senhor(a) Responsável pela Coordenação da Atenção Básica do Município de São Paulo:

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado REVISITANDO A EDUCAÇÃO FÍSICA A PARTIR DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ATENÇÃO BÁSICA de autoria pesquisadora – mestranda TATIANA COLETTI DOS ANJOS, que está sendo supervisionado pelo prof. Dr NILDO ALVES BATISTA, em sua Instituição.

Este projeto pretende Investigar o preparo Profissional de Educação Física na graduação para a atuação na Atenção Básica mediante: i) a caracterização o Profissional de Educação Física que atua na saúde/Atenção Básica; ii) a identificação dos motivos que levam os Profissionais de Educação Física para a saúde/Atenção Básica; iii) a caracterização a prática do Profissional de Educação Física na saúde/Atenção Básica e, iv) a apreensão das contribuições da graduação em Educação Física para o desenvolvimento da competência profissional do Profissional de Educação Física para a atuação na saúde/Atenção Básica.

Os procedimentos adotados serão submissão, via endereço eletrônico a um questionário formulado a partir dos objetivos supramencionado do número total de voluntários identificados pelo CNES – Cadastrado Nacional de Estabelecimentos de Saúde e, num momento subsequente, através de entrevista e aprofundamento que será semi-estruturada e assumirá amostra qualitativa, ou seja, o grupo será encerrado quando as respostas aos entrevistados convergirem a um consenso. Esta atividade NÃO APRESENTA riscos aos participantes.

Espera-se, com esta pesquisa, caracterizar a prática dos Profissionais de Educação Física na Atenção Básica e com isso propor adequações nas propostas dos cursos de Graduação na área.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através dos telefones (013) 3878-3700 – UNIFESP – Departamento Saúde, Educação e Sociedade e/ou através de contato com a pesquisadora responsável por este projeto (011) 92528184 ou (013) 81213490.

A qualquer momento, o(a) senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. A pesquisadora está apta a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal-estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não.

UNIFESP - Baixada Santista

Av. D. Ana Costa, 95 - VI. Mathias - Santos/SP - CEP: 11060-001
Tel: (13) 3878-3700



Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua Instituição. Nomes, endereços e outras indicações pessoais não serão publicadas em hipótese alguma. Os bancos de dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa causar qualquer tipo de dano aos participantes, os pesquisadores comprometem-se a reparar este dano, ou prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não forneceremos por ela qualquer tipo de pagamento.

Autorização Institucional

Eu, MARIA CRISTINA H. DOS SANTOS (nome legível), responsável pela **Coordenação da Atenção Básica da SMS de São Paulo** declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta Instituição. Sei que a qualquer momento posso revogar esta autorização, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Latiana de Oliveira dos Santos
Pesquisadora Responsável

Prof.ª Regina Célia Spadari
Diretora
UNIFESP - Campus Baixada Santista
Representante Legal da Instituição Proponente

Maria Cristina H. dos Santos
Assis. Técnico
Coord. At. Básica
SMS
Responsável Institucional

UNIFESP - Baixada Santista

Av. D. Ana Costa, 95 - Vl. Mathias - Santos/SP - CEP: 11060-001
Tel: (13) 3878-3700

2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (profissionais de Educação Física)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa, **Revisitando a graduação em EF a partir da prática do Profissional de EF na Atenção Básica**, será desenvolvida por meio da aplicação de questionário aos Profissionais de EF que atuam nos serviços de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo.

Essas informações serão fornecidas mediante sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo investigar a **contribuição do curso de graduação em EF para atuação na Atenção Básica**.

Será aplicado um questionário para identificação dos sujeitos, caracterização da prática proposta para a Atenção Básica e investigação da contribuição do curso de Graduação em EF para a atuação neste nível de atenção à saúde.

Numa etapa posterior serão trabalhadas questões em forma de entrevista semi-estruturada com coordenadores de cursos de EF do município de São Paulo. Esta entrevista será analisada em período diferente ao de sua aplicação, não causando, portanto, riscos nem desconforto aos participantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é **Tatiana Coletto dos Anjos**, que pode ser encontrada no endereço: Rua D. Ana Costa, UNIFESP – Baixada Santista, tel:13- 3878-3700, 13- 81213490 - Santos-SP e 11-92528184.

Caso você possua alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP UNIFESP/Hospital São Paulo) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar - cj. 14, tel: (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@epm.br e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de São Paulo – RuaGeneralJardim,36-Vila Buarque; Tel: (11) 3397-2000 - E-mail: smscep@gmail.com.

Você tem a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento da pesquisa sem que o fato de deixar de participar do estudo lhe traga qualquer prejuízo à continuidade de sua permanência na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário. Fica assegurado, também, o direito do voluntário ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados e o materiais coletados, incluindo recursos de áudio e imagem, somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo **Revisitando a graduação em EF a partir da prática do Profissional de EF na Atenção Básica.**

Eu discuti com **Tatiana Coletto dos Anjos** a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

Assinatura do representante legal, Data

Assinatura da testemunha, Data

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste aluno para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo, Data

Assinatura do responsável pelo estudo, Data

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (coordenadores dos cursos de graduação em Educação Física)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Esta pesquisa, **Revisitando a graduação em EF a partir da prática do Profissional de EF na Atenção Básica**, será desenvolvida por meio da aplicação de questionário e entrevista aos Profissionais de EF que atuam nos serviços de saúde da Atenção Básica do município de São Paulo.

Essas informações serão fornecidas mediante sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo investigar a **contribuição do curso de graduação em EF para atuação na Atenção Básica**.

A primeira etapa da pesquisa contemplou a aplicação de um questionário para identificação dos Profissionais de EF da Atenção Básica, caracterização da prática proposta para este cenário e investigação da contribuição do curso de Graduação em EF para a atuação neste nível de atenção à saúde.

Na atual etapa serão trabalhadas questões em forma de entrevista semi-estruturada com Coordenadores dos Cursos de EF do município de São Paulo. Esta entrevista será analisada em período diferente ao de sua aplicação, não causando, portanto, riscos nem desconforto aos participantes.

Você será informado sobre a utilização dos recursos de áudio e imagem a serem utilizados para registro da entrevista, estando seu uso condicionado a sua permissão. A entrevista será gravada em gravador portátil e as imagens serão coletadas através da utilização de câmera de vídeo fixada em tripé.

Esses materiais de áudio e vídeo serão destruídos após transcrição dos dados, e os questionários e os instrumentos de avaliação utilizados durante a entrevista ficarão em poder do pesquisador por cinco anos depois do término do estudo em questão.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A principal investigadora é **Tatiana Coletto dos Anjos**, que pode ser encontrada no endereço: Rua D. Ana Costa, UNIFESP – Baixada Santista, tel:13- 3878-3700, 13- 81213490 - Santos-SP e 11-92528184.

Caso você possua alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (CEP UNIFESP/Hospital São Paulo) - Rua Botucatu, 572 - 1º andar - cj. 14, tel: (11) 5571-1062, FAX: (11) 5539-7162 - E-mail: cepunifesp@epm.br e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de São Paulo – RuaGeneralJardim,36-Vila Buarque; Tel: (11) 3397-2000 - E-mail: smscep@gmail.com.

Você tem a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento da pesquisa sem que o fato de deixar de participar do estudo lhe traga qualquer prejuízo à continuidade de sua permanência na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum voluntário. Fica assegurado, também, o direito do voluntário ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisadora principal, utilizar os dados e o materiais coletados, incluindo recursos de áudio e imagem, somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo **Revisitando a graduação em EF a partir da prática do Profissional de EF na Atenção Básica.**

Eu discuti com **Tatiana Coletto dos Anjos** a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

Assinatura do representante legal, Data

Assinatura da testemunha, Data

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste aluno para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo, Data

Assinatura do responsável pelo estudo, Data

4. Questionário

Leia cuidadosamente as afirmações que estiverem dentro dos quadros e indique seu grau de concordância com cada uma delas, de acordo com a escala abaixo:

Legenda: **CT = concordo totalmente; C = concordo; I = indiferente; D = discordo; DT = discordo totalmente**

(Caracterização o Profissional de EF que atua na Saúde/Atenção Básica)

- 1- Gênero: () Feminino () Masculino
 2- Idade: ____ anos
 3- Formação Acadêmica: EF
 4- Escola de Origem: () Pública () Privada
 5- Tempo decorrido desde a formatura: 3 anos
 6- Possui outra formação (nível técnico ou superior)?
 () Sim. Em que área: _____
 () Não
 7- Tem alguma Especialização ou Pós-Graduação na área de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Atenção Básica ou Saúde da Família:
 () Sim. Em que área:
 () Não
 8- Região em que trabalha (Coordenadoria Regional de Saúde): () N () CO () L () SE () S¹
 9- Local de Trabalho: () NASF () CAPS () CAPS-AD () CAPS - I () UBS Tradicional² () Outro. Qual?

 10- Vínculo empregatício. () Estatutário () CLTista
 11 - O trabalho na Atenção Básica é o seu principal vínculo? () Sim () Não
 12- Qual sua Carga Horário de Trabalho na Atenção Básica? _____
 13 - Você atua em outro local?
 () Sim. Qual(is): _____

(Motivos que justificam a opção dos Profissionais de EF para a área da saúde/Atenção Básica)

14-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica por questão financeira.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

¹ N = Norte; CO = Centro Oeste; L= Leste; SE = Sudeste; S = Sul.

² NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; CAPS = Centro de Atenção Psico-Social; AD = Álcool e Drogas; I = Infantil; UBS = Unidade Básica de Saúde

15-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica por questão ideológica e compromisso com a sociedade.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

16-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica por afinidade com a temática.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

17-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica pela facilidade de inserção na área da saúde.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

18-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica pela dificuldade de inserção na área da educação e/ou em academias/clubes.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

19-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica pela estabilidade que o setor oferece.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

20-	Eu optei pela atuação na saúde/Atenção Básica pela comodidade que o setor oferece por alocar o profissional em apenas uma unidade.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

(Identificação da prática do Profissional de EF na saúde/Atenção Básica)

21-	Na minha prática como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica prevalecem Grupos Terapêuticos Prescritivos,	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

	direcionados a comorbidades e intervenções individuais dessa natureza.					
--	--	--	--	--	--	--

22-	Na minha prática como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica prevalecem Grupos de Promoção à Saúde e ações Educativas nas Equipes de Saúde e na Comunidade.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

23-	Na minha prática como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica prevalecem práticas idênticas as realizadas em academias, clubes e demais associações desportivas e de lazer.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

24-	Minhas ações como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica são geridas por mim, sem interferência dos demais membros das equipes de saúde.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

25-	Minhas ações como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica são pensadas pelas equipes de referência e a mim repassadas.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

26-	Minhas ações, como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica são pactuadas apenas com a equipe matricial.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

27-	Minhas ações, como Profissional de EF na saúde/Atenção Básica são pactuadas com as equipes de referência e equipe	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

	matricial.					
--	------------	--	--	--	--	--

(Identificação das contribuições da graduação em EF para o desenvolvimento da competência profissional do Profissional de EF para a atuação na saúde/Atenção Básica)

28-	Os cursos de graduação em EF propiciam aproximação com o campo da saúde/Atenção Básica durante o curso.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

29-	Os cursos de graduação em EF ofertam estágios de treinamento no SUS.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

30-	Os cursos de graduação em EF ofertam estágios de treinamento na Atenção Básica.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

31-	Os princípios e diretrizes do SUS tem sido abordados nos cursos de graduação em EF.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

32-	Os documentos sobre as atribuições da categoria profissional EF no SUS são abordados nos cursos de graduação em EF.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

33-	A disciplina Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública são ministradas com carga horária suficiente nos cursos de graduação em EF.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

34-	A graduação em EF possibilitam o contato com diferentes categorias profissionais ao longo do curso.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

35-	No momento da minha admissão na saúde/Atenção Básica eu me sentia seguro e preparado.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

36-	Julgo necessário e imprescindível para atuar na saúde/Atenção Básica cursar especialização ou aprimoramento após a graduação	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

Se eu fosse o coordenador do curso de graduação em EF da minha Faculdade:

37 - () não faria mudanças, pois meu curso me preparou plenamente para a atuação em saúde/Atenção Básica

38 - () faria mudanças, visando melhor capacitar o graduando para a atuação em saúde/Atenção Básica.

Em caso afirmativo, respostas as questões abaixo:

39-	incluiria trabalho de campo no SUS ao longo da formação.	CT	C	I	D	DT
-----	--	----	---	---	---	----

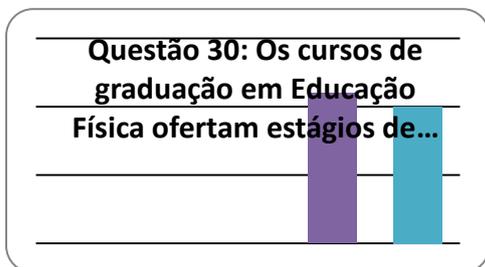
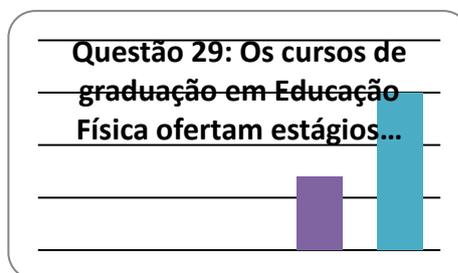
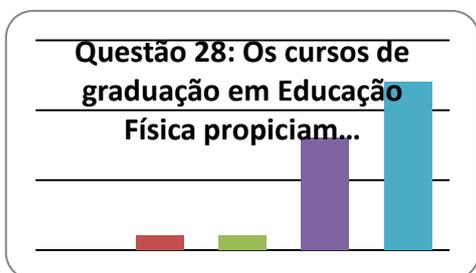
40-	incluiria estágio no SUS.	CT	C	I	D	DT
-----	---------------------------	----	---	---	---	----

41-	faria mudanças, visando melhor capacitar o graduando para a atuação em saúde/Atenção Básica incluindo experiências em equipes interprofissionais.	CT	C	I	D	DT
-----	---	----	---	---	---	----

42-	incluiria a(s) disciplina(s) de Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública.	CT	C	I	D	DT
43-	incluiria disciplinas de prescrição de atividade física para grupos especiais.	CT	C	I	D	DT

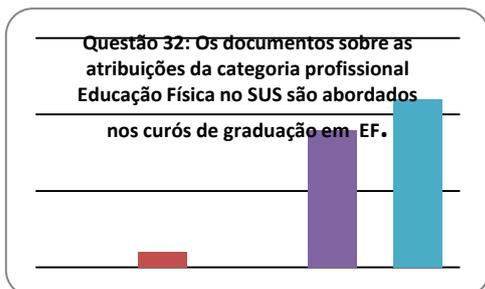
5. Roteiro da Entrevista

1. O que o senhor pensa sobre o trabalho do PEF na saúde/Atenção Básica?
2. Que competências o senhor julga necessário para este trabalho?
3. Na sua opinião, como a graduação em EF tem contribuído para o desenvolvimento das competências necessárias para a atuação na AB?
4. APRESENTAR AS QUESTÕES 28, 29 E 30.

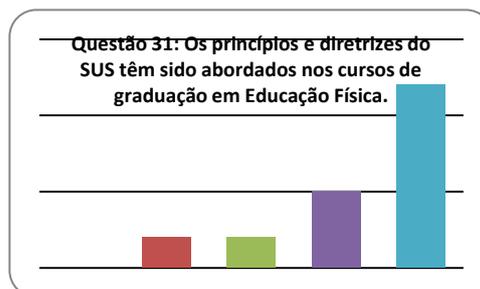


A partir dos resultados dos questionários respondidos pelos PEF, notamos que eles reconhecem a ausência de aproximação com a área da saúde, seja no SUS como na AB, durante a formação.

- APRESENTAR AS QUESTÕES 31 e 32.



5.

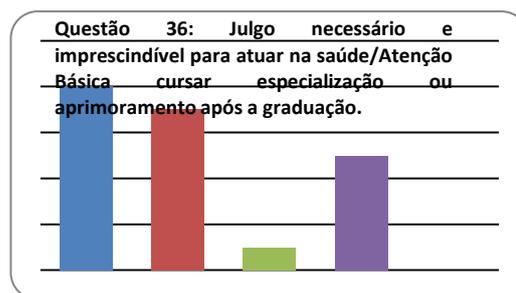
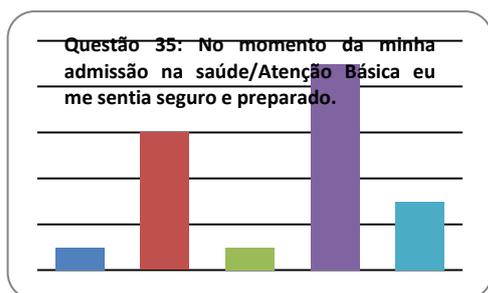


Inclusive isso é reforçado quando questionamos sobre a abordagem de documentos sobre o SUS e sobre o PEF no SUS e as respostas são de discordância como nos mostram os gráficos das assertivas 31 e 32.

O que o senhor tem a dizer sobre isso?

6. Segundo nossa análise, isso faz com que o PEF, ao ingressar na área da saúde/AB sinta-se despreparado e sinaliza a necessidade de formação complementar (cursos de pós-graduação) para a atuação neste setor como é possível observar nos gráficos das questões 35 e 36.

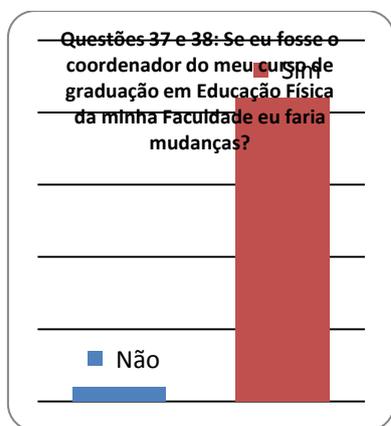
APRESENTAR AS QUESTÕES 35 e 36.



Como o senhor se posiciona frente a este indicador?

7. Por fim, quando questionamos se os PEF fariam mudança nos seus cursos de graduação para readequá-los às demandas da área da saúde/AB, praticamente todos se posicionaram em concordância com a assertiva.

APRESENTAR AS QUESTÕES 37 e 38.



O que o senhor tem a dizer sobre isto?

8. Quais as dificuldades/nós críticos que o senhor identifica que impedem que a graduação se adéque para o preparo do PEF para a atuação na saúde/AB?

9. Que sugestões o senhor faria para melhorar a formação do PEF para o trabalho na saúde/AB?

Bibliografia Consultada

ADIB,LT; ALVES, CTP. **EF e saúde mental: refletindo sobre o papel das práticas corporais.** Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador – Bahia – Brasil 20 a 25 de setembro de 2009. P.1-6. Disponível em: <http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/CONBRACE/XVI/paper/viewFile/1030/644>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1997.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Orgs.). **Docência em saúde: temas e experiências.** São Paulo: Editora SENAC, 2004.

BONI, V. QUARESMA, SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 24 de fevereiro de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO. Parecer n.º 215 de 1987 e Resolução 03 de 1987. Estabelece a reestruturação dos cursos de graduação Plena em EF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DESPORTO. Lei 9394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

BRASIL, MEC/CNE/CES – Parecer n.º 0138/2002. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em EF. Brasília: Diário Oficial da União, n.º 80 – seção I – 26/04/2002, p.34.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação.** 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2009.

BOGDAN, R.C; BIKLEN S.K. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos.** Portugal: Porto Editora, 1994.

BONI, V e QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80.**

CAMPOS GWS 1991. **A saúde pública e a defesa da vida.** Hucitec, São Paulo.

CARVALHO, Y.M. EF e Filosofia. In: CARVALHO, Y.M. & RUBIO, K (orgs). **EF e ciências humanas.** São Paulo: Hucitec, 2001, PP.99-101. Apud FREITAS, F. F. A EF no serviço público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

DAMICO, José Geraldo Soares. Das possibilidades às incertezas: instrumentos para intervenção do profissional de EF no posto de saúde. In: FRAGA, Alex Branco. WACHS, Felipe (orgs.). EF e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. p. 73 - 86.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008.

GONÇALVES VLM, LEITE MMJ. Instrumento para mensuração de atitudes frente ao processo de avaliação de desempenho. **Rev. Bras Enferm** 2005 set - out; **58(5): 563-7.**

GUEDES, D. P. Atuação do profissional de Educação Física no campo da saúde. Revista Olho Mágico. Londrina, 2003b, v. 10, n°. 4, p. 43-50. 2003 Apud HADDAD, A. E. (et al). – **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004.** Educação Física. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. P.87-141

GUAGLIANONI, DG. **Análise Sensorial: Um Estudo Sobre Procedimentos Estatísticos e Número Mínimo de Julgadores.** UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “Júlio de Mesquita Filho”: Araraquara, 2009. Tese de Doutorado [125 p.].

LIKERT, R.A. Technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology. N. 140. 1932

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. 2ª edição.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde.** 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 6ª Edição.** Petrópolis: Editora Vozes, 1996.

NASCIMENTO, J. V. **Formação profissional em educação física: contextos de desenvolvimento curricular.** Montes Claros: Ed. Unimontes, 2002.

PAIVA, F.S.L. et al. Formação inicial e currículo no CEFD/UFES. **Pensar a Prática**, v. 9, n. 2, p. 213-230, jul-dez. 2006.
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Saúde Mental - Álcool e Drogas.** Disponível em:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudemental/CAPS_AD.pdf
Acesso em: 10/02/2011.