
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE

A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO NA SAÚDE

LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Tese apresentada ao Instituto de Biociências do Câmpus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Ciências da Motricidade.

Abril - 2016

LUIZ HENRIQUE DA SILVA

A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO NA SAÚDE

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Janotta Drigo

Tese apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, da Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Motricidade.

Rio Claro

Abril – 2016

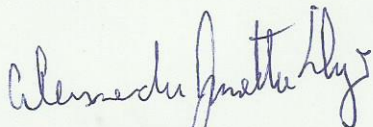
CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA TESE: A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA

AUTOR(A): LUIZ HENRIQUE DA SILVA

ORIENTADOR: ALEXANDRE JANOTTA DRIGO

Aprovado(a) como parte das exigências para obtenção do Título de Doutor(a) em CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE, área: PEDAGOGIA DA MOTRICIDADE HUMANA, pela Comissão Examinadora:



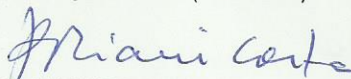
Prof. Dr. ALEXANDRE JANOTTA DRIGO

Pós Doutorado do PPG em Ciências da Motricidade / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP



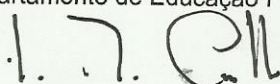
Prof. Dr. JOÃO BATISTA ANDREOTTI GOMES TOJAL

Aposentado do Departamento de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Vice-presidente do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) - Campinas/SP



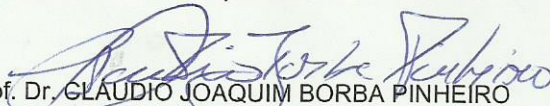
Prof. Dr. JOSE LUIZ RIANI COSTA

Departamento de Educação Física / Instituto de Biociências de Rio Claro - SP



Profa. Dra. YARA MARIA CARVALHO

Departamento de Pedagogia do Movimento do Corpo Humano / Universidade de São Paulo - Escola de Educação Física e Esportes - São Paulo /SP



Prof. Dr. CLAUDIO JOAQUIM BORBA PINHEIRO

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA) - Campus Tucuruí / PA

Rio Claro, 25 de abril de 2016

Título alterado para: A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA A ATUAÇÃO NA SAÚDE

796.07 Silva, Luiz Henrique
S586f A formação em educação física para atuação na saúde /
Luiz Henrique Silva. - Rio Claro, 2016
322 f. : il., figs., gráfs., tabs., quadros

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista,
Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientador: Alexandre Janotta Drigo

1. Educação física - Estudo e ensino. 2. Formação em
saúde. 3. Formação profissional. 4. Currículo. 5. Profissional
de educação física. 6. Saúde coletiva. 7. Atenção básica. I.
Título.

Dedico este trabalho aos meus pais Carlos e Rose (*in memoriam*) que, apesar do pouco tempo de convivência que a vida nos proporcionou, me conceberam amor e carinho suficiente para que eu crescesse um homem feliz, amado e determinado. E, devido a esse laço de amor que nos une, tenho certeza de que eles estão compartilhando este momento de alegria e realização. E a minha esposa Taiana, que, com seu amor e dedicação me auxiliou a concluir mais uma etapa da minha jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao Prof. Dr. Alexandre Janotta Drigo pela oportunidade, confiança e suporte para a realização da presente pesquisa. As contribuições do Prof. Alexandre transcenderam o suporte acadêmico-científico, pois além de considerá-lo um exímio intelectual do campo da Educação Física, estimo-o como um grande amigo, permitindo-nos o diálogo sincero, possível apenas nas grandes amizades. O convívio com o Prof. Alexandre me mostrou que as dificuldades impostas pela vida são oportunidades de evolução e superação, nunca motivo para a estagnação. Sua generosidade ensinou-me como alcançar o altruísmo por meio da ciência, independentemente dos resultados científicos. Por essas razões, e por tantas outras não mencionadas, deixo aqui o meu **MUITO OBRIGADO**.

Ao Prof. Dr. David Kirk, pelas contribuições no desenvolvimento da pesquisa e pela supervisão do estágio realizado na *University of Strathclyde* - Glasgow – Escócia.

Ao Professores, Dr. Samuel de Souza Neto, Dr. Glauco Nunes Souto Ramos e Dra. Camila Bosqueiro Papini, por participarem da comissão examinadora para seleção da bolsa Doutorado Sanduíche no Exterior - Capes.

Aos Professores, Dr. Luiz Fernando Paulino Ribeiro, Dr. Silvano da Silva Coutinho, Dra. Juliana Cesana, Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior e, novamente, Dr. Glauco Nunes Souto Ramos, pela inestimável contribuição na pesquisa.

Aos Professores Dr. José Luiz Riani Costa, Dr. João Batista Andreotti Gomes Tojal, Dr. Claudio Joaquim Borba Pinheiro e a Professora Dra. Yara Maria de Carvalho pelas ricas contribuições como membros da banca examinadora final da tese.

Aos membros do Núcleo de Estudo em Pedagogia da Motricidade, coordenado pelo Prof. Dr. Alexandre Janotta Drigo, pelos ensinamentos, reflexões e debates sobre o campo da Educação Física. Em destaque, agradeço aos Professores Ms. Roberto Nascimento Braga da Silva, Ms. Antonio Carlos Tavares Junior e Ddo. Thiago Farias da Fonseca Pimenta, pelo companheirismo e ricas discussões acadêmicas.

À Capes pela apoio financeiro para realização do estágio na *University of Strathclyde*, em Glasgow – Escócia.

À Universidade Estadual de Santa Cruz pelo incentivo e apoio financeiro para a realização do doutoramento.

Aos funcionários da Unesp Campus Rio Claro por todo o suporte, em especial à Ivana Terezinha Brandt, pela sua gentileza e prontidão no atendimento às minhas demandas.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais seria inviável a realização desta investigação. Sou imensamente grato pela generosidade e delicadeza de terem compartilhado do seu tempo e seus pensamentos para o desenvolvimento deste estudo. Muito obrigado!

Ao Professor Luiz Ribeiro também deixo meu agradecimento como amigo pessoal. O processo de doutoramento de ambos aproximou-nos e lançou nossa amizade à novos patamares, sendo para mim um dos grandes legados desta minha jornada. Valeu irmãozinho!

A Professora Dr. Juliana Cesana também agradeço pela amizade e por abrir as portas do seu lar, me acolhendo com carinho inúmeras vezes. Obrigado Ju!

Aos queridos amigos da República QG, que muitas vezes me acolheram generosamente. Em especial aos amigos Leandro Pereira Moura (Guloso), Augusto Carrara (Descarga) e Paulo Rogério (Hermanoteu). Obrigado galera!

Aos meus grandes e velhos amigos da antiga e extinta academia de Jiu-Jitsu Pronto pra Luta, que fazem com que a cidade de Rio Claro seja sempre um ambiente acolhedor e familiar para mim. Obrigado Diego Gomes, Tiago Gomes, Derimar Quiovetto, Gustavo Juliano e José Diego Botezelli.

À minha família, minha fonte de amor. É nela que penso em primeira instância para compartilhar alegrias e buscar refúgio nos momentos difíceis. Neste contexto familiar, necessito registrar um agradecimento especial à minha esposa Taiana, que esteve presente da forma mais intensa possível em todas as etapas do meu doutoramento, pois além do suporte enquanto conjugue, também auxiliou-me enquanto acadêmica e profissional da área da saúde. Obrigado pela sua paciência e amor.

RESUMO

A atenção básica à saúde constitui um desafiador espaço de intervenção para o profissional de Educação Física (EF), pois os saberes teóricos e práticos necessários para atuação neste setor ainda não estão consolidados na preparação profissional. A superação do conceito biomédico de saúde e uma efetiva aproximação com os serviços de saúde da atenção primária constituem pontos-chave para avanços na formação profissional. Assim, as graduações em EF têm procurado adequar seus currículos com o intuito de formar profissionais capacitados a atender as novas e crescentes demandas do campo da saúde, o que inclui o âmbito da saúde coletiva. Neste contexto, graduações em EF com ênfase de formação para o setor saúde têm sido criadas. Assim, pergunta-se: quais são os avanços obtidos com estas novas propostas de formação profissional? Motivada por este questionamento, a presente pesquisa buscou compreender a preparação profissional para atuação na saúde coletiva de duas graduações de EF, com ênfase de formação para a área da saúde, de uma renomada Universidade brasileira. Em específico, analisou-se: o conceito de saúde subjacente à formação profissional; o papel atribuído ao profissional de EF no campo da saúde; a aproximação com o campo de trabalho da saúde; e a configuração da base de conhecimento curricular. Apoiado em uma abordagem qualitativa, os dados, oriundos de documentos e entrevistas realizadas com docentes, foram examinados à luz da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2009) e do modelo teórico de Kirk et al. (1977) sobre a Base de Conhecimento Curricular. Constatou-se que o conceito de saúde biomédico ainda está implícito nos currículos, fundamentando ações estritamente prescritivas, norteadas por aspectos predominantemente biológicos e com foco na doença. Porém, também observou-se elementos que sugerem a superação deste modelo, como o entendimento da saúde como o resultado das condições de vida, envolvendo determinantes de saúde tanto biológicos quanto socioculturais. Baseado nesta perspectiva, o profissional de EF assume a função de promotor da saúde por meio do empoderamento, sendo a atividade física o determinante de saúde específico de sua competência, mas sem eximir sua responsabilidade de considerar e intervir nos demais. Estas visões antagônicas de práticas à saúde emergiram em um contexto de inconsistências e incoerências, apontando que a formação em EF ainda não tem claramente definido o conceito de saúde subjacente à sua prática profissional, especificamente para o âmbito da saúde coletiva. A magnitude destes contrassensos foi específica para cada um dos currículos investigados, ou seja, o histórico particular de cada graduação influenciará na formação em saúde dos futuros profissionais. Também observou-se fragilidade nas estratégias de aproximação dos estudantes com os serviços de saúde, especialmente no contexto da atenção primária. Por fim, o processo de formação é fundamentado por um corpo de conhecimento curricular de caráter, predominantemente, acadêmico/científico e biodinâmico. Em suma, apesar dos avanços, os conhecimentos teóricos e práticos do campo da saúde coletiva ainda não estão consolidados nos currículos investigados, evidenciando que a EF ainda está em processo de consolidação enquanto profissão da saúde no contexto da saúde pública.

Palavras Chave: Formação Profissional. Currículo. Profissional de Educação Física. Saúde Coletiva. Atenção Básica.

ABSTRACT

The primary health care is a defiant field of intervention to the Physical Education (PE) professional, since practical and theoretical knowledge, required to perform at this environment, are not consolidated on his professional preparation. The overcoming of biomedical concept of health and an effective approaching with services from primary health care are key points to improve that training. Thereby, the undergraduate courses on PE have been trying to align their curriculums to form capable professionals to work in accordance to new and crescent demands from health labor market, which includes the scope of public health. Thus, undergraduate courses on PE, with emphasis of training to health area, have been created. Therefore, a question arises: What are the progresses obtained from these new curriculums on PE? So, the present research aimed understanding the professional training to work at public health of two undergraduate courses on PE, with emphasis of training to health area, from a renowned Brazilian University. Particularly, the study analyzed: the subjacent health concept in professional training; the role given to the PE professional in health field; the approaching with labor camp of health; and, the configuration of the knowledge base of the curriculums. Based on qualitative approaching, data from documents and interviews, which were conducted to lectures, were analyzed by Bardin's Content Analysis Method, and by theoretical model of Kirk et al (1997) regarding to Knowledge Base of curriculum. The results showed that the biomedical concept of health still is implicit in the curriculums, which bases prescriptive actions, predominantly grounded by biological aspects with focus to illness. However, elements that suggest an overcoming of this model were also observed, such as the understanding of health as result of overall life conditions, what involves both biological and sociocultural health determinants. Therefore, the PE professional assumes the function of health promoter by means of empowerment, having the physical activity as specific health determinant of its competence, but with the responsibility of considering and working with all determinants. These antagonistic views of health work emerged in a context of inconsistencies and incoherencies, showing that the training on PE does not still have clearly defined its health concept, which is underlying of its professional performance, especially on public health environment. The magnitude of these contradictions was specific to each curriculum, i.e., the particular context of each one will influence the training of their future professionals in different ways. Besides, it was observed fragile strategies of approximation of students with health services, especially to primary health care. Lastly, the process of training is based on a body of knowledge predominantly biological and academic. In conclusion, despite of the improvements, the theoretical and practical knowledge regarding the public health are not consolidated in the analyzed curriculums, showing that the PE is still on a process of consolidation as health profession in public health environment.

Keywords: Professional Training. Curriculum. Physical Education Professional. Public Health. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1. Estrutura curricular para os cursos superiores de EF segundo a Resolução 03/87.....pg. 61
- Figura 2. Estrutura Organizacional do PET-Saúde.....pg. 89
- Figura 3. Fluxograma dos procedimentos metodológicos para análise de conteúdo.....pg. 109
- Figura 4: Representação gráfica do modelo teórico utilizado para a análise da proporção entre os conhecimentos acadêmico e profissional. Adaptado de Kirk, Macdonald e Tinning (1997).....pg. 112
- Figura 5: Representação esquemática do procedimento de triangulação dos dados.....pg. 120
- Figura 6. Proporção dos conhecimentos de eixo vertical ao longo dos semestres acadêmicos do Curso A.....pg. 156
- Figura 7. Proporção dos conhecimentos de eixo horizontal ao longo dos semestres acadêmicos do Curso A.....pg. 157
- Figura 8. Proporção dos conhecimentos de eixo vertical ao longo dos semestres acadêmicos do Curso B.....pg. 191
- Figura 9. Proporção dos conhecimentos de eixo horizontal ao longo dos semestres acadêmicos do Curso B.....pg. 191

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1. Definição das modalidades do NASF quanto a carga horária de trabalho semanal e a quantidade de equipes de vinculação. pg 48
- Quadro 2 – Descrição de programas que envolvem as secretarias municipais ou estaduais de saúde com o objetivo da promoção da atividade física na atenção primária de saúde..... pg 53
- Quadro 3. Categorias elaboradas a partir da análise do PPP do Curso A.....pg. 121
- Quadro 4. Categorias elaboradas a partir da análise dos programas de ensino do Curso A.....pg. 128
- Quadro 5. Categorias elaboradas a partir da análise do conceito de saúde dos docentes do Curso A.....pg. 137
- Quadro 6. Categorias elaboradas a partir da análise da opinião dos docentes do Curso A em relação ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 144
- Quadro 7. Áreas do Estágio Supervisionado do Curso A.....pg. 153
- Quadro 8. Categorias elaboradas a partir da análise do PPP do Curso B.....pg. 159
- Quadro 9. Categorias elaboradas a partir da análise dos programas de ensino do Curso B.....pg 166
- Quadro 10. Categorias elaboradas a partir da análise do conceito de saúde dos docentes do Curso B.....pg. 173
- Quadro 11. Categorias elaboradas a partir da análise da opinião dos docentes do Curso B em relação ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 177
- Quadro 12. Áreas do Estágio Supervisionado do Curso B.....pg. 186
- Quadro 13. Quadro geral dos resultados da análise do conceito de saúde..... pg. 209

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Exemplificação do resultado final da análise documental dos conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/sociocultural) em função da carga horária de alguns componentes curriculares..... pg. 115
- Tabela 2. Frequência dos componentes curriculares em cada categoria e frequência de componentes curriculares contemplados pelas entrevistas.....pg. 116
- Tabela 3. Resultados do teste de correlação de *Spearman* entre as análises documental e indicação docente sobre a proporção dos tipos de conhecimentos do modelo teórico de Kirk et al. (1997).....pg. 117
- Tabela 4. Principais palavras/termos identificadas nas seis unidades de registro referentes aos objetivos da intervenção do profissional de educação física no campo da saúde no PPP do Curso A.....pg. 122
- Tabela 5. Principais palavras identificadas nas unidades de registro sobre o meio de intervenção do profissional de educação física no PPP do Curso A.....pg. 124
- Tabela 6. Termos chaves e respectiva frequência nas unidades de registro referente a Categoria 2 do PPP do Curso A.....pg. 127
- Tabela 7. Características gerais dos componentes curriculares selecionados para análise do conceito de saúde (n=14) no Curso A.....pg. 122
- Tabela 8. Verbos no infinitivo e respectiva frequência nas unidades de registro da Categoria 1 nos programas de ensino do Curso A.....pg. 129
- Tabela 9. Principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro da Categoria 1 nos programas de ensino do Curso A.....pg. 129
- Tabela 10. Principais palavras/termos identificadas nas 12 unidades de registro da Categoria 2 dos programas de ensino do Curso A.....pg. 132
- Tabela 11. Verbos no infinitivo e respectiva frequência nas sete unidades de registro da Categoria 3 dos programas de ensino do Curso A.....pg. 134
- Tabela 12. Principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro da Categoria 3 dos programas de ensino do Curso A.....pg. 134
- Tabela 13. Principais palavras/termos identificadas nas seis unidades de registro da Categoria 4 nos programas de ensino do Curso A.....pg. 135
- Tabela 14. Verbos no infinitivo e respectiva frequência nas 5 unidades de registro da Categoria 5 nos programas de ensino do Curso A.....pg. 136

Tabela 15. Principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro da Categoria 5 nos programas de ensino do Curso A.....	pg. 136
Tabela 16. Principais palavras que indicaram o conceito de saúde amplo dos docentes do Curso A.....	pg. 139
Tabela 17. Principais palavras e termos que indicaram as diferentes dimensões do conceito de saúde dos docentes do Curso A.....	pg. 140
Tabela 18. Principais palavras e termos que embasaram e elaboração da Categoria 2 – Autonomia, do conceito de saúde dos docentes do Curso A.....	pg. 141
Tabela 19. Principais palavras e termos que indicaram o conceito de saúde como autoesquecimento na opinião de um docente do Curso A.....	pg. 143
Tabela 20. Termos chaves e respectiva frequência nas oito unidades de registro referente da Categoria 1 – Prescrição, sobre o papel do profissional de EF para os docentes do Curso A.....	pg. 145
Tabela 21. Termos chaves e respectiva frequência nos trechos das 9 unidades de registro sobre a prevenção de doenças como papel do profissional de EF no campo da saúde, segundo entrevistados do Curso A.....	pg. 146
Tabela 22. Termos chaves e respectiva frequência nas 7 unidades de registro que indicaram a promoção da saúde como papel do profissional de EF, segundo docentes do Curso A.....	pg. 148
Tabela 23. Termos chaves e respectiva frequência nas sete unidades de registro da Categoria 2 – Multiprofissional, como papel do profissional de EF no campo da saúde, segundo entrevistas do Curso A.....	pg. 149
Tabela 24. Termos chaves e respectiva frequência nos trechos da fala sobre a categoria “Empoderamento”, no Curso A.....	pg. 151
Tabela 25. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) no Curso A.....	pg. 155
Tabela 26. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) para o conjunto de componentes curriculares que possuem a palavra saúde no programa de ensino no Curso A.....	pg. 157
Tabela 27. Principais palavras/termos identificadas nas 15 unidades de registro referentes aos objetivos da intervenção do profissional de EF no campo da saúde na Categoria 1 – Educação Física e Saúde, na análise do PPP do Curso B...pg.	160

Tabela 28. Principais palavras/termos identificadas nas 15 unidades de registro referentes aos meios da intervenção do profissional de EF no campo da saúde na Categoria 1 – Educação Física e Saúde, na análise do PPP do Curso B.....pg.	161
Tabela 29. Locais de atuação do profissional de educação física identificados nas 5 unidades de registro referentes ao locus de intervenção na Categoria 1 – Educação Física e Saúde, no PPP do Curso B.....pg.	162
Tabela 30. Principais palavras/termos identificadas nas quatro unidades de registro da Categoria 2 – Saúde como condição dinâmica, na análise do PPP do Curso B....pg.	163
Tabela 31. Principais termos identificados nas três unidades de registro da Categoria 3 – Multiprofissional e Multidisciplinar, na análise do PPP do Curso B.....pg.	164
Tabela 32. Características gerais dos componentes curriculares selecionados para análise do conceito de saúde no Curso B (n=26).....pg.	164
Tabela 33. Principais palavras/termos identificadas nas 43 unidades de registro relacionadas ao objetivos da intervenção, na análise dos programas de ensino do Curso B.....pg.	167
Tabela 34. Principais palavras/termos identificadas nas 46 unidades de registro da relacionadas ao meios da intervenção, na análise dos programas de ensino do Curso B.....pg.	168
Tabela 35. Principais palavras/termos identificadas nas 17 unidades de registro relacionadas aos locais da intervenção do profissional de EF, na análise dos programas de ensino do Curso B.....pg.	169
Tabela 36. Principais palavras/termos identificadas nas 13 unidades de registro da Categoria 2, na análise dos programas de ensino do Curso B.....pg.	169
Tabela 37. Principais palavras/termos identificadas nas 10 unidades de registro da Categoria 3, na análise dos programas de ensino do Curso B.....pg.	171
Tabela 38. Principais palavras/termos identificadas nas cinco unidades de registro da Categoria 4, na análise dos programas de ensino do Curso B.....pg.	172
Tabela 39. Principais termos que indicaram o conceito de saúde amplo dos docentes do Curso B.....pg.	174
Tabela 40. Principais palavras e termos que indicaram as diferentes dimensões do conceito de saúde dos docentes do Curso B.....pg.	175
Tabela 41. Principais palavras e termos que embasaram e elaboração da Categoria 2 – Autonomia, na avaliação do conceito de saúde dos docentes do Curso B.....pg.	176

Tabela 42. Termos chaves e respectiva frequência nas 7 unidades de registro referentes à subcategoria **Geral**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 178

Tabela 43. Termos chaves e respectiva frequência nas 6 unidades de registro referente a subcategoria **Reabilitação**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg.178

Tabela 44. Termos chaves e respectiva frequência nas 5 unidades de registro referente a subcategoria **Prevenção**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 179

Tabela 45. Termos chaves e respectiva frequência nas nove unidades de registro referentes à **Categoria 2 – Multiprofissional**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 181

Tabela 46. Termos chaves e respectiva frequência nas 3 unidades de registro referentes à Categoria 1 – Promoção da atividade física, nas respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 182

Tabela 47. Termos chaves e respectiva frequência nas três unidades de registro referente a **Categoria 3 – Educação**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.....pg. 183

Tabela 48. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) no Curso B.....pg. 190

Tabela 49. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) para o conjunto de componentes curriculares que possuem a palavra saúde no programa de ensino no Curso B.....pg. 192

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CEABSF/UFMG	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEREST	Centro de Referência de Saúde do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COESP-EF	Comissão de Especialistas de Ensino em Educação Física
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREF6/MG	Conselho Regional de Educação Física da 6ª região/ Minas Gerais
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEF – SP	Departamento de Educação Física
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EF	Educação Física
IES	Instituições de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
MEC	Ministério da Educação e do Desporto
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde

PAS	Programa Academia da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
SESu	Secretaria de Educação Superior
SESu/MEC	Secretaria de Ensino Superior do Ministério da Educação
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
USP	Universidade de São Paulo
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Objetivos	25
1.2	Justificativa	25
2	REVISÃO DA LITERATURA	27
2.1	Aspectos históricos relacionados à Educação Física e saúde pública brasileira	27
2.1.1	<i>Do pensamento médico-higienista à legitimação da Educação Física como meio de promoção da saúde.</i>	28
2.1.2	<i>A construção do atual modelo de saúde pública brasileira.</i>	32
2.2	A atividade física nas Políticas Públicas de Saúde e a inserção do profissional de Educação Física no SUS.	42
2.3	Ações realizadas pela Educação Física na saúde coletiva	52
2.4	O processo histórico legislativo da formação profissional em Educação Física	57
2.5	Formação em Educação Física para atuação na saúde coletiva	69
2.6	O profissional de Educação Física em equipes multiprofissionais de saúde.	81
3	MATERIAL E MÉTODOS	91
3.1	Tipo de pesquisa.	91
3.2	Questões éticas.	92
3.3	Universo da Pesquisa.	93
3.4	Instrumento	98
3.4.1	<i>Entrevista.</i>	98
3.4.2	<i>O entrevistador</i>	98
3.4.3	<i>Elaboração da entrevista e técnica de aplicação.</i>	100

3.5	Procedimentos	103
3.5.1	<i>Procedimento para coleta de dados da análise documental</i>	103
3.5.2	<i>Procedimentos para as entrevistas</i>	104
3.6	Análise dos dados	105
3.6.1	<i>Análise documental</i>	105
3.6.2	<i>Análise das entrevistas</i>	106
3.6.3	<i>Análise de Conteúdo</i>	107
3.6.4	<i>Análise do Corpo de Conhecimento</i>	111
3.6.5	<i>Triangulação de análise entre as diferentes fontes de informação</i>	118
4	RESULTADOS	121
4.1	Curso A	121
4.1.1	<i>Conceito de Saúde no Projeto Político Pedagógico</i>	121
4.1.2	<i>Conceito de Saúde nos Programas de Ensino</i>	127
4.1.3	<i>Conceito de saúde dos docentes</i>	137
4.1.4	<i>Papel do Profissional de Educação Física na Saúde</i>	143
4.1.5	<i>Aproximação com o campo de trabalho da saúde</i>	152
4.1.6	<i>Corpo de Conhecimento Curricular</i>	155
4.2	Curso B	158
4.2.1	<i>Conceito de Saúde no Projeto Político Pedagógico</i>	158
4.2.2	<i>Conceito de Saúde nos Programas de Ensino</i>	164
4.2.3	<i>Conceito de saúde dos docentes</i>	172
4.2.4	<i>Papel do Profissional de Educação Física na Saúde</i>	176
4.2.5	<i>Aproximação com o campo de trabalho da saúde</i>	184
4.2.6	<i>Corpo de Conhecimento Curricular</i>	189

5	DISCUSSÃO	193
5.1	O Conceito de Saúde.....	194
5.2	O papel do profissional de Educação Física no campo da saúde.	210
5.3	Aproximação com o campo de trabalho da saúde	221
5.4	Considerações Finais.....	230
	<i>5.4.1 Apontamentos Futuros: Proposição Curricular.....</i>	238
6	CONCLUSÃO.....	242
	REFERÊNCIAS.....	245
	ANEXOS	264
	APÊNDICES	267

1 INTRODUÇÃO

A história da Educação Física (EF) no Brasil mostra que a relação entre prática de exercício físico e promoção da saúde surgiu por volta do final do século XIX e início do século XX (CASTELLANI FILHO, 1988; SOARES, 2012). Neste período, impulsionados pelo movimento dos “exercícios gymnasticos” praticados na Europa, médicos e militares foram os principais articuladores para a introdução da EF no ambiente escolar, como meio de educação e promoção da saúde (CUNHA JUNIOR, 2009). O movimento ginástico europeu ofereceu suporte para que a EF brasileira contribuísse com os objetivos eugênicos e higiênicos da classe governante, auxiliando no desenvolvimento de uma nação capaz de defender a pátria e realizar o trabalho industrial, uma vez que os brasileiros eram considerados pessoas sem instrução educacional, indolentes, com péssimos cuidados da higiene pessoal e altamente sujeitos ao acometimento de patologias (MENDES; NÓBREGA, 2008). A classe médica, em nome da saúde e baseada em conhecimentos científicos, foi quem legitimou a prática do exercício físico como meio de promoção da saúde no início do século XX no Brasil (GOELLNER, 2010) e os movimentos eugênico e sanitarista podem ser considerados os precursores ideológicos da massificação de um estilo de vida ativo (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005).

Seguindo uma tendência mundial, a partir da segunda metade do século XX a população brasileira sofreu profundas mudanças na sua dinâmica social, ou seja, se por um lado o desenvolvimento tecnológico e o crescimento econômico trouxeram benefícios e facilidades para o cotidiano das pessoas, por outro, contribuíram para a adoção de um estilo de vida cada vez mais sedentário e com hábitos alimentares inadequados. Neste contexto, o Brasil vem apresentando, nas últimas décadas, um aumento significativo das denominadas “doenças do mundo moderno”, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em decorrência das evidências dos benefícios da atividade física nos níveis de saúde da população e do reconhecimento do sedentarismo como fator de risco para o desenvolvimento das DCNT, a relação entre a EF e a saúde pública vem se fortalecendo a cada dia (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012). Em função da associação histórica entre a EF e a área da saúde, os

profissionais de EF foram reconhecidos como profissionais de saúde de nível superior pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Resolução 218/97 (BRASIL, 1997a). Neste contexto, o profissional em EF, nos últimos anos, vem ganhando destaque por ser responsável por planejar, implementar, supervisionar e avaliar programas de atividade física objetivando a promoção da saúde em nossa sociedade (CONFEEF, 2002; ANDRADE et al., 2014).

Em consonância com o estreitamento das relações entre a EF e a área da saúde, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, destacou como umas das áreas temáticas prioritárias a Prática Corporal e a Atividade Física, reconhecida como fator de proteção da saúde nas ações da rede básica do setor e na comunidade (BRASIL, 2006). Tal fato fundamentou a inserção do profissional de EF no Sistema Único de Saúde (SUS) ao compor as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008 (BRASIL, 2008b).

O profissional de EF, além de atuar no NASF, auxiliando as Equipes de Saúde da Família¹, também pode atuar em centros especializados, como no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Mais recentemente, a portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, criou o Programa Academia da Saúde (PAS) no âmbito do SUS, que tem como objetivo implementar espaços públicos com infraestrutura e profissionais especializados para a orientação de práticas corporais e estilo de vida saudável, sob a coordenação de profissionais do NASF (BRASIL, 2011c).

Na prática, até mesmo anteriormente à criação do NASF, profissionais de EF já vinham atuando no âmbito da atenção básica em muitos municípios do Brasil (MALTA

¹ Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família, que a partir de 1997 passou a ser definido como Estratégia de Saúde da Família, que tem como objetivo promover e reorientar as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto do ambiente familiar. Na sua formação inicial, uma equipe de saúde da família deveria ser composta por, no mínimo, um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2001f). Ao longo dos anos o Ministério da Saúde elaborou políticas de ampliação das equipes de saúde da família, o que propiciou a criação de equipes complementares e estruturas de apoio às equipes de saúde da família (BRASIL, 2012). Os NASF são estruturas de apoio matricial às equipes de saúde da família, que tem por objetivo ampliar o escopo das ações e aumentar a resolutividade dos problemas de saúde vivenciados na atenção primária (BRASIL, 2008b).

et al., 2009; COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012). Contudo, as oportunidades foram ampliadas com a criação do NASF, uma vez que este profissional já faz parte de aproximadamente 50% das equipes NASF implementadas pelos SUS (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

O fortalecimento da atenção primária à saúde como campo de intervenção do profissional de EF trouxe novos desafios para a formação deste profissional, uma vez que suas habilidades e competências para intervir no campo da saúde precisam estar em consonância com o modelo de cuidar da saúde preconizado pelas políticas públicas de saúde da atenção básica, assim como em conformidade com os serviços e metodologias de trabalho do SUS (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012; ANDRADE et al., 2014).

Neste sentido, pesquisas têm sido desenvolvidas com o objetivo de compreender como está sendo realizado o ensino de saúde nos cursos superiores de EF, analisando as reais possibilidades de intervenção deste profissional na área da saúde (BENEDETTI et al., 2014; PASQUIM, 2010, CASTRO; GONÇALVES, 2009; CHACKON-MIKAHIL et al., 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009).

Estudos têm demonstrado que a inserção do profissional de EF na área da saúde coletiva e as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), que destacam que a formação do profissional desta área deve ser capaz de habilitá-lo para o trabalho no campo da saúde, não foram capazes de impulsionar uma efetiva adequação curricular para formação e intervenção destes profissionais na área da saúde (PASQUIM, 2010). A partir de uma análise dos componentes curriculares de cursos de EF de importantes universidades brasileiras, constatou-se que a formação em saúde é deficiente, não fornecendo todos os subsídios teóricos e práticos para uma intervenção de qualidade no âmbito da saúde coletiva (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010).

Dentre os problemas na formação deste profissional, destacam-se a concepção biomédica e segmentada de promoção de saúde, o modelo de prescrição individualizada de exercícios físicos para intervenções comunitárias, a baixa carga

horária dos poucos componentes curriculares específicos em saúde coletiva, a desarticulação interdisciplinar, a falta de aproximação com os serviços de saúde da atenção primária e, por último, a ausência de uma troca de saberes com os outros cursos da área da saúde, fatores que desfavorecem a formação para uma atuação multiprofissional (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; ANDRADE et al., 2014). Ou seja, “[...] a formação do profissional de Educação Física (PEF), nos dias de hoje, encontra-se em descompasso ao que propõem as tendências em saúde” (ANJOS; DUARTE, 2009, p.1131).

Neste contexto, tem se discutido uma reformulação no sistema superior de ensino da EF, objetivando adequar-se às funções, habilidades e campos de estudos agora assim atribuídos (TOJAL, 2005), deixando em evidência a necessidade de pensar a formação em saúde (PASQUIM, 2010) que seja coerente com a inserção deste profissional nos serviços de saúde pública (COSTA; GARCIA; NAHAS, 2012).

A abrangência do mercado de trabalho do profissional de EF é um aspecto importante a ser considerado no processo de reestruturação curricular para atender as novas demandas profissionais no campo da saúde pública. As DCN que norteiam a formação de recursos humanos em nível de graduação da área possibilitam duas matrizes formativas, a Licenciatura e o Bacharelado em EF, responsáveis pela formação dos professores e dos profissionais de EF (BRASIL, 2004, 2015). A intervenção no âmbito escolar fica a cargo dos professores de EF, enquanto que segmento não escolar constitui a área de atuação do profissional de EF. Este último possui um campo de atuação que envolve áreas de intervenção profissional abrangentes, como o esporte e a saúde (OLIVEIRA, 2000; FONSECA et al., 2011). Para alguns autores os problemas de formação persistirão enquanto não houver o reconhecimento das dificuldades enfrentadas em se formar um único profissional capaz de transitar com desenvoltura por todos os setores do campo de intervenção (FONSECA et al., 2011).

O contexto da abrangência do campo de intervenção atrelado às demandas do setor da saúde pública motivaram a criação de graduações de EF com ênfase de

formação para atuação na área da saúde, como é o caso das graduações ofertadas por duas renomadas universidades públicas brasileiras, a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A USP possui dois cursos, sendo um ofertado na Escola de Artes, Ciências e Humanidades, na cidade de São Paulo, e outro na Escola de Educação Física e Esportes na cidade de Ribeirão Preto, também no estado de São Paulo (USP, 2015a). Já a UNIFESP oferta uma graduação em EF com ênfase de formação para a área da saúde na cidade de Santos, no litoral sul paulista (UNIFESP, 2015).

Mas até que ponto estes novos currículos estão conseguindo superar as limitações da formação inicial do profissional de EF para atuação no campo da saúde pública?

O real entendimento do novo paradigma de saúde e o rompimento com o modelo de atuação prescritivo e individualizado de exercícios físicos, baseado em parâmetros biológicos, constituem os maiores desafios a serem superados na formação deste profissional para intervir no campo da saúde pública (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; CARVALHO, 2012; FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013; ANDRADE et al., 2014). Porém, este processo não se constitui em uma tarefa simples, pois apesar do novo paradigma da saúde vigente, a EF brasileira parece não ter forças para romper com as suas raízes históricas, as quais parecem estar vinculadas aos princípios higienistas, considerando saúde e doença como conceitos fragmentados e reduzidos ao bom ou mau funcionamento do organismo, ainda acreditando que a atividade física seja a panaceia para a boa condição de saúde do indivíduo ou da coletividade, culpabilizando única e exclusivamente o indivíduo pela sua condição de saúde. A dificuldade que a EF encontra em se encaixar no novo paradigma de saúde faz com que, em pleno século XXI, muitas das tecnologias corporais amplamente difundidas na atualidade, em muito estão próximas daqueles fundamentos reducionistas de corpo, estruturados no século XIX (SOARES, 2012; CARVALHO, 2012; MACHADO D., 2007; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005).

Os caminhos trilhados pela EF no processo de sua legitimação enquanto área acadêmica podem ter contribuído para a manutenção destes laços com o conceito de saúde biomédico e com suas raízes históricas do início do século XX (MANOEL; CARVALHO, 2011). Na década de 80, a EF brasileira estava imersa em uma discussão epistemológica acerca da definição do seu objeto de estudo e de um corpo de conhecimento próprio da área. Esta discussão tinha como pano de fundo a reflexão se a EF deveria ser reconhecida como uma área de conhecimento de natureza acadêmica/científica ou como uma área de conhecimento de natureza profissionalizante (TANI, 2006; MANOEL, 1996).

Como resultado, o Movimento Humano passou a ser reconhecido como o objeto de estudo das investigações científicas da EF, sendo que a área estreitou os laços com o campo da saúde como estratégia de sua legitimação enquanto área de conhecimento acadêmica/científica (CARVALHO, 2005).

Deu-se início, então, ao denominado “movimento disciplinar”, ou seja, o Movimento Humano passou a ser cientificamente investigado sob a perspectiva e métodos de pesquisa dos campos tradicionais da ciência (biologia, física, psicologia, educação, sociologia, por exemplos). Como consequência, subáreas foram se constituindo na então área acadêmica EF, como: fisiologia do exercício; crescimento e desenvolvimento motor; controle e aprendizagem motora; psicologia do esporte; sociologia do esporte; história do esporte; entre outras (MANOEL; CARVALHO, 2011; TANI, 2006).

De acordo com alguns pesquisadores (MANOEL; CARVALHO, 2011; TANI, 2006), este processo apresentou alguns efeitos negativos para a área, como a fragmentação do conhecimento e a supremacia da produção científica na área biodinâmica em comparação à área sociocultural. Além disso, Carvalho (2005) menciona que a forte aproximação do campo da EF com o campo da saúde fez com a visão biomédica norteasse os rumos da produção científica da área. Este conjunto de fatores pode ter contribuído para a manutenção de um olhar mais biológico, desumanizado e individualizado da área sobre o processo de promoção da saúde.

A disparidade do volume da produção científica entre as áreas biodinâmica e sociocultural no campo da EF, com forte supremacia da primeira, já é evidenciada em pesquisas (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011). Ao mesmo tempo, também já se discute a necessidade do maior equilíbrio desta produção entre estas áreas de concentração, assim como uma articulação entre elas na produção do conhecimento. Estas ações podem contribuir para um melhor equilíbrio na oferta de disciplinas de cunho biodinâmico e sociocultural nos cursos de bacharelado em EF, uma vez que há supremacia da área biodinâmica (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011; HALLAL; KNUTH, 2011; CARVALHO, 2005).

A contextualização apresentada nesta introdução evidencia que as limitações encontradas no processo de formação do profissional de EF para atender as atuais exigências profissionais no campo da saúde, em específico para a saúde coletiva, motivaram a recente criação de cursos de bacharelado em EF com ênfase de formação para atuação no campo da saúde. Diante disto, novamente pergunta-se: Estes novos currículos estão conseguindo superar as limitações da formação inicial do profissional de EF para atuação no campo da saúde pública?

Tendo como referência os principais pontos a serem superados, conforme apresentado pelas investigações em formação profissional (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; ANDRADE et al., 2014) emergem questões de estudo mais pontuais:

- Os novos currículos de bacharelado em EF com ênfase de formação para o campo da saúde foram capazes de superar o conceito biomédico de saúde em seu processo de formação profissional?
- A atuação do profissional de EF no âmbito da saúde pública baseado na prescrição individualizada de exercícios físicos, norteado por parâmetros predominantemente biológicos, foi superada nestes currículos?
- A falta de aproximação com os serviços de saúde, em específico com os serviços de saúde pública num contexto multiprofissional, foi sanada?

- Estes currículos possuem maior equilíbrio na oferta de disciplinas de cunho biodinâmico e sociocultural, contribuindo para um modo mais humanístico de intervir no processo de promoção da saúde?

1.1 Objetivos

Esta tese buscou compreender o processo de formação profissional para atuação na saúde, em específico na saúde pública, em graduações de Educação Física com ênfase de formação para atuação no campo da saúde. Assim, buscou-se:

- Identificar o conceito de saúde adotado no processo de formação;
- Identificar o papel do profissional de educação física no campo da saúde;
- Analisar a aproximação dos graduandos com a rede de serviços do campo da saúde e suas relações multiprofissionais no processo de formação;
- Identificar a base de conhecimento dos cursos, conforme modelo teórico proposto por Kirk et al. (1997).

1.2 Justificativa

Graduações de EF com ênfase de formação para um campo específico de intervenção profissional parece ser um caminho encontrado para sanar as limitações encontradas na formação inicial do profissional de EF para atuação na área da saúde, em específico para a saúde coletiva. Esta configuração curricular já é realidade em alguns países da Europa e da Oceania (KIRK, 2006), podendo ser uma tendência de formação dos profissionais de EF no Brasil.

Contudo, a criação de currículos especializados pode não resolver por completo as deficiências para atuação neste campo de intervenção se a área persistir em assumir o antigo paradigma de saúde, adotando um conceito biológico de saúde, determinando

suas práticas às vistas da prática de saúde medicamentosa e desumanizada, tão criticada. Vale lembrar que a medicina é a profissão da saúde com maior *status* social, com total autonomia e conjunto de conhecimentos bem definidos (*expertise*), os quais sustentam a sua prática profissional (FREIDSON, 1998). Contudo, nem mesmo a medicina está imune às críticas sobre o seu processo de formação e atuação no campo da saúde, em específico na saúde coletiva (RISTOW, 2007; BLASCO, 2011; SOUSA, GALLIAN, MACIEL, 2012). Isto serve de alerta para os pesquisadores da área de formação profissional que visam refletir sobre a elaboração de currículos em EF com ênfase para o campo da saúde como solução para os problemas encontrados na prática profissional.

O estudo destas novas propostas curriculares constitui rica oportunidade de analisar como o tema saúde está sendo repensado na formação dos futuros profissionais de EF e, conseqüentemente, no modelo de cuidado à saúde preconizado. O novo modelo de assistência em saúde prevê alterações na formação dos cursos da área da saúde, com readequação das relações interpessoais, abordagens que agreguem aspectos psicossociais nas intervenções e aproximação, desde a formação, com o campo de trabalho (BENEDETTI et al., 2014).

As mudanças curriculares na história da EF e a dinâmica de um mercado de trabalho cada vez mais exigente e especializado “[...] exigem transformações em hábitos, costumes e crenças dos agentes envolvidos nesse processo” (NUNES et al., 2012, p. 288). Este é o desafio ao qual o presente estudo pretende contribuir com o seu desenvolvimento, pois a discussão sobre reformas curriculares implica em abrir o pensamento para mudanças, estimular provocações que possam alterar o presente contexto dessa formação profissional. Apesar dos esforços dos cientistas da área da formação profissional em EF, ainda há necessidade de ampliar os conhecimentos e discussões sobre currículo em EF. Essa necessidade é apontada por Ysayama et al. (2013; p. 164) que menciona que “[...] os estudos curriculares brasileiros dedicam pouco espaço para as formações profissionais em geral”.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Com o intuito de situar o leitor no âmbito da construção das ideias que darão o suporte necessário à discussão deste trabalho, apresenta-se um esquema da organização da Revisão de Literatura, a qual foi dividida em sete tópicos.

O primeiro tópico (2.1) teve por objetivo apresentar os aspectos históricos relacionados à EF e a saúde pública brasileira. Para tal finalidade foram criados dois sub-tópicos, sendo que o primeiro (2.1.1) trata de relatar o pensamento médico-higienista no início do século XX e sua relação com a legitimação da EF como meio de promoção da saúde; já o segundo (2.1.2) apresenta os aspectos históricos da construção do atual modelo de saúde pública brasileira, a mudança de concepção do processo saúde-doença, assim como a dinâmica de trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família do SUS.

Sequencialmente, o segundo tópico (2.2) destina-se a explicar sobre o contexto da atividade física nas Políticas Públicas de Saúde e a consequente inserção do profissional de EF no SUS. Já o terceiro tópico (2.3) apresenta reflexões sobre as ações realizadas pelos profissionais de EF no âmbito da saúde coletiva.

O quarto tópico (2.4) discorre sobre o processo histórico legislativo da formação profissional em EF, apresentando o atual contexto legislativo da área, assim como a conjuntura do mercado de trabalho.

No quinto tópico (2.5) são apresentados estudos que analisaram os currículos de EF com o intuito de refletir sobre a formação para atuação no campo da saúde coletiva. Neste contexto específico de formação profissional, o sexto e último tópico (2.6) foi destinado à atuação do profissional de EF em equipes multiprofissionais de saúde.

2.1 Aspectos históricos relacionados à Educação Física e saúde pública brasileira.

2.1.1 Do pensamento médico-higienista à legitimação da Educação Física como meio de promoção da saúde.

Pode-se dizer que a relação entre atividade física e saúde no Brasil teve início no início do século XIX. Naquele momento, a EF não era considerada uma disciplina escolar ou área de conhecimento. Contudo, a atividade física era entendida como um conjunto de cuidados relacionados à higiene, à puericultura² e, de forma geral, à prática de atividade física como forma de condicionamento físico. Nesse momento histórico a capital do Brasil, Rio de Janeiro, apresentava grandes preocupações com a saúde, pois epidemias acometiam a cidade em função das deficientes condições de saneamento. Em meio a este contexto, ocorrem iniciativas de aperfeiçoamento da formação do médico brasileiro, sendo implementada a exigência de apresentação de tese para a obtenção do título de doutor pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Algumas destas teses abordaram a EF como objeto de estudo. Dessa forma, o médico tornou-se o detentor dos conhecimentos científicos que legitimavam a atividade física como meio de promoção da saúde e como meio do desenvolvimento saudável da população civil e militar brasileira (SILVA; MELO, 2011).

Em meados do século XIX, as forças armadas brasileiras intensificaram o uso sistemático das atividades físicas como meio de manutenção da boa forma do soldado e disciplinarização das tropas. Para isto, os cursos de infantaria e cavalaria da Escola Militar do Rio de Janeiro, incluíram no processo de formação do soldado aulas de esgrima, natação e equitação. Durante a Guerra do Paraguai³, os médicos do serviço de saúde do Exército Brasileiro estavam focados no corpo do soldado, ou seja, este deveria ser saudável e preparado para superar as extremas exigências físicas do conflito. Tal preocupação era defendida pelo Dr. Eduardo Augusto Pereira de Abreu⁴,

² Conjunto dos meios próprios para assegurar o nascimento e o desenvolvimento de crianças sadias (DEL CIAMPO et al., 2006).

³ Guerra do Paraguai foi o maior conflito armado internacional ocorrido na América do Sul. Ela foi travada entre o Paraguai e a Tríplice Aliança, composta por Brasil, Argentina e Uruguai. A guerra estendeu-se de dezembro de 1864 a março de 1870 (SILVA; MELLO, 2011).

⁴ Em 1861, Eduardo Augusto Pereira de Abreu, foi nomeado segundo cirurgião do Exército Brasileiro. Em razão da Guerra do Paraguai, em 1865 foi enviado a Montevidéu, no Uruguai. Contudo, em função de problemas de saúde, permaneceu por apenas dois meses. Em 1867 foi contratado como secretário do

que acreditava na prática da atividade física como meio eficaz da preparação física e manutenção do vigor do soldado. Aliando os seus conhecimentos médicos à sua experiência com as forças armadas, Eduardo Augusto publicou em 1867 o trabalho intitulado “Estudos higiênicos sobre a educação física, intelectual e moral do soldado: escolha do pessoal para a boa organização do nosso Exército”. Para alguns autores, este trabalho teve grande influência na difusão e legitimação da educação física nacional (SILVA; MELO, 2011).

O grande feito de Eduardo Augusto Pereira de Abreu foi unir os objetivos militares aos médicos quanto ao desenvolvimento do corpo, ou seja, procurou fazer a conexão entre a “fabricação” do soldado e a formação do cidadão, ambos preparados para defender a nação. O trabalho desenvolvido por ele, na segunda metade do século XIX, deu início à articulação entre as classes médica e militar, que, no início do século XX, influenciaram de forma incisiva a EF brasileira (SILVA, MELLO, 2011).

Corroborando as proposições supracitadas, a História da Educação Física no Brasil nos mostra que as classes médica e militar tiveram papel fundamental na introdução da prática obrigatória dos exercícios físicos no ambiente escolar no início do século XX. Tendo como referência os métodos dos “exercícios gymnasticos” praticados em meados do século XIX na Alemanha, França, Dinamarca e Suécia, médicos e militares brasileiros, a partir de uma identificação com o discurso científico dos pensadores europeus da época, defendiam a prática regular dos exercícios físicos (exercícios gymnasticos) como meio educacional para a população civil (CUNHA JUNIOR, 2009). Segundo Goellner (2010):

A crença na transformação da sociedade por meio da educação do corpo adquiriu contornos mais sofisticados com a recorrência aos preceitos da higiene e da eugenia, identificados como saberes científicos necessários para a consolidação desse intento (GOELLNER, 2010, p.528).

Médicos e militares brasileiros defendiam a prática regular dos “exercícios gymnasticos” como meio de fortalecimento da raça, do desenvolvimento da coragem,

chefe do corpo de saúde do Exército Brasileiro. Permaneceu neste cargo por dois anos, quando assumiu a Enfermaria de Menores do Arsenal de Guerra da Corte (SILVA, MELO, 2011).

da força, disciplina e do autocontrole, como forma de inibir “vícios” (onanismo e homossexualismo) e, principalmente, como meio de promoção da saúde (SOARES, 1998; GOELLNER, 2010). De fato, o real propósito da elite governante da época era a eugenia com a finalidade da defesa da pátria e formar mão de obra para a indústria. O objetivo era ter um trabalhador saudável, ágil e disciplinado para servir a pátria e trabalhar na indústria sem ter que alterar as condições de vida deste trabalhador (FARANI, 2009). Neste contexto, pode-se ressaltar que a classe médica, em nome da saúde e baseada num saber científico, foi quem conferiu maior credibilidade à prática da atividade física e de esportes como meio de promoção da saúde no Brasil no início do século XX. Detentores de saberes científicos/biológicos e com base em preceitos higiênicos e eugênicos, os médicos prescreviam a prática da atividade física, que deveria ser orientada por militares ou instrutores.

Segundo Mendes e Nobrega (2008, p. 213), no início do século XX, “O povo brasileiro, além de ser considerado ignorante, era reconhecido como feio, fraco, doente, sujo, imoral e preguiçoso” quando comparado com a população europeia. Sendo assim, para os governantes da época, o movimento ginástico europeu, que se configurou como a base da EF brasileira na época, era um importante instrumento para formar uma nação padronizada, saudável e capaz de atender aos interesses industriais e militares. Naquele momento, o termo saudável se referia à eliminação de tudo o que os médicos consideravam prejudicial ao homem, levando em consideração o estilo de vida europeu. Ser saudável não significava não apresentar nenhum defeito físico ou a ausência de doenças, era necessário também evitar vícios, taras sexuais, jogos de azar e tudo mais que fosse considerado depravação, o que pudesse enfraquecer física e moralmente o indivíduo (MENDES; NOBREGA, 2008).

Mediante os mais altos interesses eugênicos da classe governante do Brasil no início do século XX, em 1931 foi criado no estado de São Paulo o Departamento de Educação Física (DEF – SP), órgão subordinado à Secretaria da Educação e Saúde Pública do Estado. O DEF – SP tinha a função de “[...] organizar, fiscalizar, incentivar e registrar a prática dos esportes no estado [...]” (GOMES, DALBEN, 2011, p. 322), ainda segundo o autor, existia a finalidade de promover o aperfeiçoamento da raça.

O DEF – SP realizou um controle médico sobre a ginástica e os esportes no Estado de São Paulo, o que incluía um cadastro de todos os atletas das federações e clubes esportivos existentes no estado na época, realizando testes antropométricos (peso e altura) e avaliações funcionais (capacidade respiratória). As ações realizadas por tal departamento mostram algumas aproximações entre o esporte e as ciências biomédicas no Brasil no início do século XX. Diante da criação deste departamento fica evidente que a prática da atividade física e do esporte faziam parte das políticas governamentais e que era necessário o controle médico dessas práticas para que os objetivos higiênicos e eugênicos fossem atingidos. O médico tinha papel primordial nesta política esportiva do governo, pois era quem legitimava a EF como meio eficaz para a promoção da saúde da população (GOMES; DALBEN, 2011). A relação entre a classe médica e a EF era tão interligada no início do século XX que, em 1934, quando inaugurada a Escola de Educação Física em São Paulo, primeira instituição civil de nível superior em EF no Brasil, o corpo docente era composto em grande parte por médicos, os quais eram responsáveis por todas as disciplinas relacionadas à saúde (MASSUCATO; BARBANTI, 1999). Também vale a pena observar que no ano de 1937, com a reforma do Ministério da Educação e Saúde, surgiu a Divisão de Educação Física, subordinada ao Departamento Nacional de Educação (PARADA, 2005).

Segundo Betti (1991) o conteúdo esportivo veio apresentar uma nova roupagem às aulas de EF no Brasil, as quais estavam centradas no modelo da ginástica europeia, principalmente sueca e francesa. Segundo o autor, a inserção do conteúdo esportivo nas aulas de EF escolar ocorreu de forma gradativa a partir de meados da década de 1950, porém o esporte só adquiriu o status de conteúdo hegemônico da EF escolar brasileira no decorrer da década de 1970. Apesar da substituição do conteúdo, as aulas de EF escolar continuaram a atender aos interesses da classe governante. Para Betti (1991) o estado passou a ter um interesse direto com a EF escolar, identificando-a como um meio de desenvolvimento de recursos humanos. Através do esporte, a EF escolar promoveria o aprimoramento da aptidão física da população geral, além da possibilidade de formação de novos talentos esportivos, atendendo a uma política de projeção da nação por meio do esporte de alto rendimento. Segundo Rei e Lüdorf

(2012), além da formação do cidadão saudável para o mundo do trabalho e da projeção da nação no cenário internacional, através do esporte de alto rendimento, o Estado almejava desviar a atenção da população das questões sociopolíticas daquele momento.

A breve contextualização histórica apresentada até aqui demonstra uma intrínseca relação entre a EF e o campo da saúde pública no Brasil desde o século XIX. Tais informações são de extrema importância para que possamos ter conhecimento do pensamento médico-higienista na formação dos princípios científicos que sustentaram a legitimação da EF como meio da promoção da saúde durante os séculos XIX e XX. Agora se faz necessária uma análise contemporânea desta relação, o que proporcionará uma reflexão acerca das rupturas e continuidade em relação a estes princípios (MENDES; NOBREGA, 2008).

2.1.2 A construção do atual modelo de saúde pública brasileira.

Hoje, a saúde do cidadão brasileiro é um direito constitucional e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Mas nem sempre foi assim, pois anteriormente à Constituição Brasileira de 1988 e à regulamentação do SUS, em 1990, o Estado era responsável apenas por questões coletivas relacionadas à saúde, como o controle das epidemias e da vigilância sanitária. Entretanto, a doença particular de um cidadão não era responsabilidade do Estado. Neste contexto, configuravam-se três possibilidades de atenção à saúde do cidadão em função de sua condição socioeconômica. Havia o sistema privado de saúde para aqueles que possuíam boa condição econômica, o que representava pequena parcela da população. O extinto INAMPS⁵ (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) era uma possibilidade aos empregados que possuíam carteira assinada, pois contribuía para a previdência social. Já para os excluídos do mercado formal de trabalho, representando a classe de baixa renda,

⁵ O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social, que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social; era uma autarquia filiada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS só foi extinto em 1993 pela Lei nº 8.689 (CAMPOS, 2006).

maioria, restava a possibilidade de recorrer às instituições filantrópicas (CAMPOS, 2006).

Segundo Machado D. (2007), na década de 60, durante o processo de implantação do regime militar, surgiram propostas de construir um sistema de saúde unificado, conforme informações contidas nos relatórios das conferências e congressos de saúde da época. Entretanto, tais propostas foram reprimidas pelo governo militar, por meio de privatizações e medicalização de quase todo o sistema de saúde.

Naquele momento, a tentativa de reestruturação do sistema de saúde brasileiro foi provavelmente influenciada pelos pensamentos europeus, pois ao contrário do Brasil, na Europa, já no início do século XX, ocorria um forte movimento pelo direito universal à saúde e pelo financiamento público para o cuidado da saúde da população. Esta forma de conceber a saúde pública na Europa foi consequência de movimentos sociais e trabalhistas, que objetivavam uma melhor distribuição da renda, além de proporcionar melhor qualidade de vida à população por meio de políticas públicas que depositavam maior responsabilidade ao Estado, ou seja, no âmbito da saúde, este ficaria responsável tanto pelos problemas de saúde coletivos quanto de cada pessoa em particular (CAMPOS, 2006; MACHADO, D., 2007).

Em 1920, com o Relatório Dawson elaborado na Inglaterra, a Europa apresenta sua primeira versão de um sistema nacional de saúde, que era organizado por regiões sanitárias e por diferentes níveis de atenção à saúde (primária, secundária e terciária). A atenção primária era composta por centros de saúde, os quais localizados estrategicamente em determinados bairros, formavam territórios de abrangência, que deveriam ser capazes de solucionar 80% dos problemas de saúde sem a necessidade de encaminhamento a um hospital. Os casos que não pudessem ser resolvidos pelos Centros de Saúde, seriam encaminhados a uma rede de atendimento de maior complexidade, a atenção secundária, composta por hospitais gerais, serviços de urgência e centros de especialidade, formando um distrito sanitário. Por último, havia centros de referência para casos de alta complexidade, compondo a atenção terciária, abrangendo um conjunto de distritos sanitários, assim como municípios (CAMPOS, 2006). O Brasil adotou esse modelo somente a partir de 1988 com a nova Constituição

e, conseqüentemente, com a regulamentação do SUS em 1990. Contudo, o sistema público de saúde brasileiro possui particularidades em relação ao modelo proposto pela Europa no início do século XX, tanto no modelo propriamente dito quanto no processo da reforma sanitária do país (CAMPOS, 2006; PAIM et al., 2011).

A reforma sanitária brasileira ganha força em meados da década de 70, período em que o Brasil lutava pela redemocratização. Uma característica importante do movimento sanitário brasileiro é o fato dele ter sido impulsionado pela sociedade civil, e não pelo governo ou por partidos políticos. O movimento sanitário brasileiro organizou-se a partir de diversos setores, agregando militantes oriundos de várias profissões, desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos. Havia grupos com distintas orientações políticas, mas que eram unidos por um desejo em comum: implementar no Brasil um Sistema Nacional de Saúde e superar a visão reducionista do processo saúde/doença (PAIM et al., 2011; CAMPOS, 2006).

Foi muito importante para o movimento sanitário a participação de pesquisadores ligados às universidades brasileiras (Faculdades de Saúde Pública, Departamentos de Medicina Preventiva e tantos outros correlatos), pois trouxeram para o Brasil a obra de pensadores europeus que questionavam a saúde enquanto assunto exclusivamente biológico a ser resolvido pelos profissionais da saúde. Era necessário conceber a saúde como também sendo uma questão social e política, a ser abordada no espaço público e com responsabilidade do Estado (PAIM et al., 2011; CAMPOS, 2006).

O movimento ganhava força e fortalecia sua organização, o que permitiu organizar o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976, organizando o movimento da reforma sanitária. Como consequência do fortalecimento da Saúde Pública como área de pesquisa no Brasil, em 1979, formou-se a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). O CEBES e a ABRASCO tornaram-se a base institucional para impulsionar as propostas do movimento sanitário (PAIM et al., 2011).

Em março de 1986, em Brasília, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que promoveu um intenso processo de discussão acerca dos seguintes temas:

Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial. O relatório final desta conferência representou um importante documento para o movimento sanitário brasileiro, pois além de aprovar a saúde como um direito do cidadão, delineou as bases que deram origem ao SUS (BRASIL, 2009b).

Segundo o documental final, o setor de saúde no Brasil deveria sofrer uma profunda reformulação, que foi então denominada de Reforma Sanitária. A reestruturação deveria ir além de uma reforma administrativa e financeira, ampliando assim o conceito de saúde e reformulando a legislação correspondente à promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão brasileiro. Neste sentido, a saúde deveria ser entendida como a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e acesso a serviços de saúde. O direito à saúde passaria a ser entendido como resultado da garantia de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, sendo o Estado o responsável direto por garantir este direito a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 2009b).

Também no ano de 1986 foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá. Esta conferência foi, antes de tudo, uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, movimento que vinha ocorrendo em todo o mundo. Como resultado, foi publicada a Carta de Ottawa, que apresentou direcionamentos para a saúde pública mundial, as quais corroboraram com os apontamentos apresentados pelo relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada anteriormente no Brasil (SCABAR; PELICIONI; PELICIONI, 2012; BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012; SANTOS et al., 2011).

Todo este contexto fortaleceu o movimento sanitário brasileiro, tanto que, nos anos seguintes, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados garantiram a aprovação da reforma, apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado (PAIM et al., 2011). A Constituição de 1988 garantiu a saúde como um direito do cidadão brasileiro e um dever do Estado, além de instituir um sistema único de saúde pública. Tais conquistas

do povo brasileiro são garantidas pelos Artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988; Art. 196).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, Art. 198).

Por fim, em 19 de Setembro de 1990, o SUS foi regulamentado por meio da promulgação da Lei Federal de nº 8.080, denominada de Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Segundo Campos (2006), o sistema de saúde brasileiro possui formato muito similar ao modelo europeu de sistema nacional de saúde. Contudo, o autor pondera que, levando em consideração a versão ortodoxa europeia apresentada ao mundo por meio do Relatório Dawson, o Brasil inova a proposta em alguns aspectos. A primeira diferença faz referência à gestão participativa, a qual conta com um controle da ação governamental por segmentos da sociedade civil. A descentralização do sistema em diferentes instâncias governamentais também se constitui em uma inovação brasileira para este tipo de organização de saúde pública. Por último, o autor atribui a não estatização dos hospitais privados e filantrópicos da época como um diferencial no modelo brasileiro em relação ao modelo europeu. Ao invés disso, o Estado optou por realizar contratos e convênios com estas instituições para integrá-los à rede de serviços ofertados pelo SUS (CAMPOS 2006).

O SUS se fundamenta em três princípios, denominados finalísticos, que dizem respeito à natureza do sistema de saúde que se pretende construir. São eles: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade do SUS representa um processo de extensão dos seus serviços a toda população. Para atingí-la será preciso transpor barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais, as quais ainda se interpõem entre a população e os serviços públicos de saúde. Já a integralidade pode

ser entendida por um conjunto de ações que contemplem a atenção à saúde em todas as suas facetas, ou seja, promoção, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação da saúde. Somente será possível atender a este princípio a partir do momento que o SUS dispuser de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários à produção das ações de saúde em todas as suas instâncias. Para compreender a equidade é necessário reconhecer a existência da desigualdade social, econômica e cultural entre as pessoas da nossa sociedade. A partir deste ponto, devemos assumir que estas desigualdades devem ser levadas em consideração na oferta de serviços de saúde, ou seja, há necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais”, oferecer mais para quem mais precisa, a fim de que ocorra a igualdade de oportunidade ao acesso a saúde (BRASIL, 2004b).

Além dos finalísticos, o SUS possui os chamados princípios estratégicos, que dizem respeito às diretrizes políticas, organizativas e operacionais que determinam como será a operacionalização do sistema para que sejam alcançados os princípios finalísticos. Tais ações são: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social. O SUS possui um sistema de gerenciamento descentralizado, o que implica na transferência de poder sobre a decisão das políticas públicas entre as diferentes instâncias governamentais (federal, estadual e municipal). Cada nível de gestão possui funções e responsabilidades político-administrativas distintas dentro do sistema. Este modo de gestão propicia maior autonomia aos municípios no emprego dos recursos humanos e financeiros no atendimento da demanda específica em saúde do seu respectivo território. A regionalização corresponde à delimitação de uma base territorial, que leva em consideração tanto a divisão política-administrativa do país, quanto a delimitação dos espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde dos municípios. A hierarquização dos serviços, por sua vez, diz respeito à organização das unidades de atendimento em função do grau de complexidade tecnológica dos serviços de saúde, ou seja, a lógica é estabelecer uma rede de serviços articulada entre as unidades de baixa, média e alta complexidade, por meio de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações. O conjunto de complexidade de serviços constituem os níveis primário, secundário e terciário de

atendimento. Por último, a população civil, por meio de seus órgãos representativos, como os conselhos municipais de saúde, tem a possibilidade de participar ativamente no direcionamento das políticas públicas de saúde, em todos os níveis da gestão governamental, configurando a característica do princípio da participação social (BRASIL, 2004b).

A reforma sanitária brasileira pode ser considerada bem-sucedida, pois, em primeiro lugar, instituiu a saúde como direito do cidadão e estabeleceu um novo padrão de intervenção do Estado. Além disso, implementou um sistema nacional de saúde, que busca garantir o direito universal e atenção integral à saúde por meio de um sistema descentralizado, com importante grau de democratização na formulação e execução de políticas públicas de saúde (CAMPOS, 2006). Embora os avanços do SUS desde sua implementação sejam inegáveis, o sistema ainda enfrenta grandes desafios (MACHADO, D., 2007). Dentre eles, destaca-se a formação de profissionais de saúde capacitados para trabalhar na lógica e nos princípios do SUS (LEMOS; FONTOURA, 2009; PEREIRA; LAGES, 2013). Para alguns autores, ainda se constata uma profunda lacuna entre o que está no papel e as práticas cotidianas do SUS, visto que, somente após 20 anos de publicação do documento de Ottawa, os gestores da saúde brasileira oficializaram uma PNPS (BONFIM et al., 2012).

Concomitante ao processo da reforma sanitária brasileira, a área da Saúde Coletiva, no final da década de 70 e início da década de 80, se consolidou como um movimento de contestação ao modelo e paradigma vigentes na Saúde Pública brasileira daquele momento, ou seja, o modelo científico biologicista e a assistência à saúde centrada na figura do médico e das tecnologias curativas (CARVALHO, 2012). Carvalho (2005, p.20) define a Saúde Coletiva como um “[...] campo de saberes e práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção”.

Imerso neste novo campo de saberes e práticas da Saúde Coletiva, emerge um novo conceito de promoção de saúde que busca contestar o modelo biomédico de assistência vigente na época, oportunizando um novo olhar para o processo saúde-

doença. Este novo conceito é considerado como o novo paradigma do campo da Saúde Pública, o qual obteve sua etiologia formalizada através da carta de Ottawa de 1986 (FLORINDO, 1998).

A partir deste momento, as condições de vida e trabalho da população passaram a ter relação direta com sua situação de saúde. Desta maneira, a promoção em saúde passou a levar em consideração os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais. Estes fatores podem influenciar diretamente na ocorrência de problemas de saúde, constituindo a determinação social do processo saúde/doença, ou seja, os chamados Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Neste novo contexto, a promoção da saúde passa a ser compreendida como uma estratégia intersetorial de produção social de saúde (SCABAR et al., 2012). Além de promover ações direcionadas para os múltiplos DSS, as ações em saúde passam a englobar a participação do próprio indivíduo no processo de melhoria da sua qualidade de vida e saúde, sob a perspectiva da educação para a promoção da saúde (SCABAR et al., 2012; FLORINDO, 1998).

A primeira grande modificação no paradigma de promoção de saúde a ser evidenciada é a ampliação do conceito de saúde para além do simples estado de ausência de doença, para além do exclusivo controle biológico do indivíduo. Não se pode negar os avanços e as grandes contribuições da farmacologia e das tecnologias curativas no tratamento das doenças. Contudo, uma política pública de promoção de saúde precisa levar em consideração os DSS, sendo esta uma das mais importantes mudanças no contexto da saúde pública.

Outro importante ponto a ser ressaltado é a efetiva inclusão do cidadão no processo de desenvolvimento e controle da promoção da saúde. Tal processo visa capacitar o cidadão para atuar efetivamente na melhoria da própria qualidade de vida e saúde, assim como da comunidade na qual está inserido. O novo contexto da saúde pública visa constituir um sujeito autônomo, capaz de reconhecer o seu espaço, o seu papel, seus anseios e desejos, fornecendo-lhe instrumentalização necessária para contribuir na construção e implementação de propostas de melhoria dos fatores sociais

que influenciam sua qualidade de vida e da sua comunidade (SCABAR et al., 2012; FLORINDO, 1998).

Neste contexto de mudança do paradigma da promoção da saúde, após a reforma sanitária brasileira e a criação do SUS, em 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família como principal estratégia para a reestruturação da atenção básica do sistema público de saúde brasileiro. A partir de 1997, o Programa de Saúde da Família passou a ser definido com Estratégia de Saúde da Família (AZEVEDO et al., 2010; PAIM et al., 2011).

A Estratégia de Saúde da Família está centrada nos princípios finalísticos do SUS (universalidade, equidade e integralidade) (SCABAR et al., 2012), e tem como objetivo melhorar a qualidade de vida dos brasileiros por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Contudo, a aproximação dos profissionais com a realidade da população se configura como a principal inovação desta estratégia, uma vez que as ações de saúde são levadas para perto do ambiente familiar, propiciando aos profissionais a visita *in loco*, fornecendo maior conhecimento da realidade dos DSS que determinam a condição de saúde das famílias que compõem seu território de abrangência (AZEVEDO et al., 2010; PAIM et al., 2011; SCABAR et al., 2012; SANTOS et al., 2011).

A Estratégia de Saúde da Família funciona basicamente por meio das Equipes de Saúde da Família, as quais possuem estruturação interprofissional, possibilitando uma visão holística do processo de promoção da saúde no contato com a realidade das famílias atendidas. Em sua formação inicial, estas equipes deveriam ser formadas por, no mínimo, um médico generalista (com conhecimento de clínica geral), um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (AZEVEDO et al., 2010; PAIM et al., 2011).

Em 2004, com a criação da Equipe de Saúde Bucal, foi ampliado o escopo de profissionais de saúde na Estratégia de Saúde da Família. Esta nova equipe, que possui formação mínima de um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal, deve trabalhar de forma integrada com a Equipe de Saúde da Família (PAIM et al., 2011).

Em 2008, com a criação do NASF, novamente ampliou-se a gama de profissionais de saúde para trabalharem articulados com as Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008b). Atualmente, as equipes NASF são classificadas em 3 modalidades, são elas: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. As modalidades se distinguem na soma das cargas horárias semanais dos profissionais da equipe, no máximo da carga horária semanal de trabalho para um profissional isoladamente, no número de Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica que serão atendidas e, por último, nos recursos disponibilizados. Os profissionais que compõem a equipe NASF são definidos em função da demanda específica das secretarias municipais de saúde, com a seguinte lista de categorias profissionais: médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico gineco obstetra, médico homeopata, médico pediatra, psicólogo clínico, médico psiquiatra, médico geriatra, médico clínico, médico do trabalho, médico veterinário, nutricionista, terapeuta ocupacional, sanitarista e educador social (BRASIL, 2013a).

As Equipes de Saúde da Família são alocadas nas Unidades de Saúde da Família. A abrangência territorial de atendimento desta unidade dependerá da quantidade de Equipes de Saúde da Família que possui. Estas equipes atendem entre 600 a 1.000 famílias e representam o ponto estratégico de contato da comunidade com o sistema de saúde pública, integrando os serviços e ações de saúde que são oferecidos pelo sistema (PAIM et al., 2011).

Com base na lógica da interdisciplinaridade e intersetorialidade, a Equipe de Saúde da Família aproxima o elo de comunicação com o paciente, que tem como meta criar um vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade. Tal objetivo será alcançado por meio da troca de experiências entre os envolvidos no processo. O fortalecimento deste vínculo entre as partes favorece o controle social e a credibilidade do sistema perante a sociedade (SCABAR et al., 2012).

O novo paradigma vigente na Saúde Pública e a lógica de trabalho da Estratégia de Saúde da Família resignificaram o campo de atuação de todos os profissionais de saúde. A interdisciplinaridade, a intersetorialização e o reconhecimento dos DSS ampliaram as direções e possibilitaram a abordagem dos mais variados objetos, entre

eles, a atividade física. Atualmente, temas como corpo e lazer, que são objetos de discussão da área da EF, fazem parte dos desafios relativos às necessidades sociais em saúde da população brasileira, e a Saúde Coletiva já reconhece a urgência de se ater também a tais questões no processo de promoção de saúde (CARVALHO, 2012).

Para a EF, o enfrentamento dos DSS ocorrerá a partir da análise do contexto de vida dos indivíduos de um determinado território, para, a partir daí, fomentar a adoção da prática regular de atividade física. Dessa forma, a EF irá contrapor a forma prescritivo-normativa com que a atividade física vem sendo prescrita aos indivíduos, envolvendo os sujeitos em um processo de transformação do meio social, para que a atividade física se torne um hábito de vida, mas não de forma individualizada e culpabilizatória (CARVALHO, 2012). Contudo, a transformação do olhar da EF para a Saúde Pública e vice-versa, dependerá do entendimento da concepção de saúde adotada pelos cursos de formação superior em EF, principalmente no desafio de superação da concepção médico-biológica, historicamente consolidada na EF. Paralelamente, também contribuirá o processo de inclusão da atividade física nas políticas públicas em saúde, assim como a adequação do processo de formação do profissional em EF para atuar neste contexto.

2.2 A atividade física nas Políticas Públicas de Saúde e a inserção do profissional de Educação Física no SUS.

Atualmente, o mundo passa por um momento de transição epidemiológica. Por um lado, em função da melhoria das condições de vida, principalmente relacionadas ao saneamento básico, o controle das doenças infecciosas e o surgimento de novas tecnologias curativas, a expectativa de vida da população tem aumentado. Por outro lado, está ocorrendo uma manutenção da morbimortalidade por doenças infecciosas e o aumento das doenças crônico-degenerativas. Estas últimas possuem íntima relação com o estilo de vida da população, que, dentre outros fatores, está associado à regularidade da prática de atividade física e a dieta (BONFIM et al., 2012). Por conta disso, as evidências sobre os efeitos benéficos da atividade física na prevenção das

diversas doenças crônicas não transmissíveis têm aproximando a EF da área da saúde pública (COSTA, F. et al., 2012).

Apesar dos dados científicos relacionados ao nível de atividade física da população brasileira ainda não serem precisos, há uma tendência de estarmos acompanhando a tendência mundial. Em 2006, por meio do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que a população adulta das capitais brasileiras passou a ter o seu nível de atividade física sistematicamente investigado. Dados do Vigitel relacionados à frequência de indivíduos fisicamente inativos no lazer, no trabalho, deslocamento e limpeza doméstica, indicam a necessidade de ações intersetoriais e multidisciplinares para promover um estilo de vida mais ativo para a população (COSTA, F., et al., 2012). Diante disso, o poder público brasileiro passou a adotar iniciativas para incentivar e promover a prática regular de atividades físicas (BONFIM et al., 2012).

Em 2005, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade vida e a prática de atividade física da população, foi implementado, no distrito federal e outras capitais, o programa “Brasil Saudável”, que realizou ampla divulgação dos benefícios da alimentação saudável, prática de atividade física e prevenção ao tabagismo. Em 2006, dando continuidade à proposta do “Brasil Saudável”, foi desenvolvido o projeto de comunicação social “Pratique Saúde”, que utilizou diversos meios de comunicação (TV, emissoras de rádio, jornais e revistas) para disseminar mensagens com conteúdo análogo ao do evento anterior (MALTA et al., 2009).

O desenvolvimento da PNPS em 2006 (BRASIL, 2006) constituiu um importante marco para o estreitamento da relação entre a prática da atividade física e a promoção de saúde no contexto da saúde pública brasileira, pois a prática corporal e a atividade física foram incluídas nas ações da rede básica de saúde.

No processo de implementação da PNPS, foi elaborado, no ano de 2007, o Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física, que representa uma proposta de articulação entre Ministério da Saúde, Ministério do Esporte, entidades científicas,

sistema S⁶ e secretarias estaduais e municipais de saúde. Este plano tem como proposta o aumento da capacidade do Ministério da Saúde na articulação de estratégias de promoção da saúde, por meio da disseminação do tema Atividade Física para a população e o estímulo à criação de projetos de atividade física nos estados e municípios, tanto no setor público quanto privado (em parceria com empresas, na atenção básica e nas escolas). Todas as ações deverão ser monitoradas e avaliadas. Além disso, o plano almeja estimular a parceria para a estruturação do espaço urbano, de forma a reduzir as barreiras para a prática do lazer e atividade física (MALTA et al., 2009). A articulação das ações previstas no Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física anseia pela:

[...] melhoria da qualidade de vida da população frente à morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, a ausência de espaços públicos de lazer e de vias alternativas de acesso aos locais de trabalho e diversão (ciclovias e/ou ciclofaixas), a pouca ênfase dada às informações sobre os benefícios da atividade física para a saúde e demais contextos que influenciam na decisão do sujeito em adotar a prática da atividade física no seu cotidiano (BRASIL, 2006; pg. 1).

A PNPS e o Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física, de 2007, fundamentaram a inserção do profissional de educação física no SUS por meio da criação do NASF em 2008 (BRASIL, 2008b). O NASF foi oficializado por meio da publicação da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, documento que apresentou todas as suas características iniciais. Contudo, a atual “versão” do NASF traz consigo algumas redefinições, as quais foram determinadas por meio de novas portarias publicadas pelo Ministério da Saúde após 2008 (BRASIL, 2011a, 2012, 2013a). A apresentação das modificações que ocorreram no NASF, desde sua criação, não constitui um objetivo a ser discutido no presente momento. Entretanto, antes da descrição das atuais características do NASF, será destacada

⁶ O sistema S é um termo que faz referência a um conjunto de organizações corporativas que tem por finalidade realizar o treinamento profissional, assistência social, consultoria, pesquisa e assistência técnica de categorias profissionais. Além de terem a letra “S” como inicial de seus respectivos nomes, possuem em comum as características organizacionais. Fazem parte do Sistema S: Senai, Sesc, Sesi, Senac, Senar, Sescop e Sest (SENADO FEDERAL, 2014).

apenas uma alteração do documento original, a qual possui referência específica para a área da EF.

Em 2008, no documento de criação do NASF, o termo utilizado para identificar o profissional da área da EF foi “Professor de Educação Física”, tendo como referência a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2008b). Todavia, não há referência do código que identifique a ocupação na lista da CBO. Em 2011, por meio da Portaria nº 2.488, do Ministério da Saúde, foi aprovada a Política de Atenção Básica. Neste documento aparece o “Professor/Profissional de Educação Física”. Assim como ocorreu na portaria de criação do NASF, a CBO é mencionada como referência para as ocupações citadas, mas também não apresenta o código da CBO (BRASIL, 2011a).

Já em 2013, a Portaria nº 256 do Ministério da Saúde, que estabeleceu novas regras para o cadastramento das equipes NASF, apresenta em seu Art. 6º, a inclusão na tabela da CBO o código provisório 2241-E1, referindo-se ao “Profissional de Educação Física na Saúde” (BRASIL, 2013a). Ainda no Art. 6º, é apresentada uma definição do que seria este profissional: “Entende-se por PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FISICA NA SAÚDE, o profissional de nível superior, graduado em Educação Física em quaisquer das duas modalidades de curso existentes, a saber: licenciatura e bacharelado em Educação Física” (BRASIL, 2013a, pag. 1). Entretanto, no mesmo documento, na tabela que determina os profissionais que podem compor as equipes NASF, aparece o termo “Professor de Educação Física na Saúde”, sob o código da CBO de número 2241-E1 (BRASIL, 2013a). Este último caso pode ter sido um erro de digitação devido a ambiguidade dos termos apresentados no documento. Após esta sequência de alterações, parece estar bem claro no corrente documento que regulamenta o NASF, que tanto licenciados quanto bacharéis em EF podem atuar nas equipes NASF.

Este posicionamento do Ministério da Saúde contraria a opinião do Ministério da Educação quanto o *locus* de intervenção dos bacharéis e licenciados em EF. Tal afirmação tem sustentação na nota de esclarecimento emitida, em 2010, pelo Ministério da Educação, em função de uma série de consultas do CONFEF quanto à legalidade da oferta de cursos de EF que apresentam estrutura curricular idêntica tanto para

bacharéis quanto licenciados. Este documento afirma que o licenciado deve atuar na docência em nível básico, enquanto o bacharel é quem está habilitado para intervir no ambiente não escolar. Além disso, comenta que “[...] o aluno que deseja atuar nas duas frentes deverá obter ambas as graduações, comprovadas através da expedição de dois diplomas, como consequência de haver concluído dois cursos distintos, com um ingresso para cada curso” (BRASIL, 2010a, p. 2). Esta discrepância em nível ministerial reflete as confusões que o mercado de trabalho da EF vem enfrentando quanto a determinação dos locais de intervenção dos seus professores e profissionais.

Retomando o foco para a descrição do NASF, o mesmo tem por objetivo:

“[...] ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica (BRASIL, 2008b, p. 2).”

O NASF não se constitui em porta de entrada do SUS, ou seja,

[...] não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, redes sociais e comunitárias (BRASIL, 2012; p. 69).

A dinâmica de trabalho do NASF é orientada pelos pressupostos do “apoio matricial” e da “equipe de referência”, que são metodologias organizacionais do trabalho em saúde, que tem por objetivo “ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões”, fortalecendo ações em saúde multiprofissional e interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007; p. 400).

A metodologia de trabalho em saúde no SUS adota um sistema de referência e contra-referência. Neste contexto, as Equipes de Saúde da Família são consideradas as equipes de referência da Estratégia de Saúde da Família, pois são responsáveis por

um acompanhamento longitudinal das condições de saúde de um determinado território, tanto em termos coletivos quanto individuais (BRASIL, 2012).

Contudo, muitas vezes, as ações em saúde requerem serviços e corpo de conhecimentos (áreas profissionais) que extrapolam a potencialidade das equipes de saúde da família. Nesta condição, anteriormente à criação dos NASF, as equipes de referência encaminhavam o paciente para serviços ou profissionais de saúde externos às Unidades de Saúde da Família. A lógica da referência e contra-referência, que consiste na comunicação entre os serviços e profissionais de saúde no andamento de um tratamento, permite que a equipe de referência continue sendo a gestora de todo o processo de cuidado da saúde do indivíduo (CAMPOS; DOMITTI, 2007; BRASIL, 2012). Todavia, na prática, isto nem sempre acontece (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Neste contexto, o NASF é criado como meio de fortalecer e personalizar os sistemas de referência e contra-referência, possibilitando o contato direto entre a equipe de referência (encarregada por gerenciar e acompanhar o caso) e o especialista de apoio, configurando o então denominado apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Vale ressaltar que a inclusão do apoio matricial não exclui a possibilidade dos encaminhamentos para serviços e profissionais de saúde inexistentes nas equipes de saúde da família e NASF.

Por definição, um apoiador matricial é:

[...] um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso (CAMPOS; DOMITTI, 2007; p. 401).

As equipes dos NASF são compostas por diferentes profissionais da área da saúde, que disponibilizam uma retaguarda especializada às equipes de saúde da família. Este apoio acontece de duas maneiras básicas, ou seja, por meio de encontros periódicos e regulares ou por solicitação de encontro em caráter de urgência. No primeiro caso, encontros semanais ou quinzenais, por exemplo, podem ser realizados entre a equipe NASF e a equipe de saúde da família. Nestes encontros, são discutidos os casos clínicos indicados pela equipe de referência. Também indica-se a realização

de estudos dirigidos e a avaliação da gestão dos trabalhos. No segundo caso, havendo a necessidade de um auxílio em caráter emergencial, a equipe de referência pode contatar diretamente um profissional da equipe NASF e requisitar seu auxílio anteriormente à realização do próximo encontro regular (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O NASF possui três diferentes modalidades, são elas: NASF 1, NASF 2 e NASF 3. O Quadro 1 apresenta as características de cada modalidade NASF. Os profissionais que irão compor a equipe serão determinados pelos gestores municipais, após indicação do Conselho Municipal de Saúde, que deverá levar em consideração as prioridades apontadas pelos dados epidemiológicos e das necessidades locais apresentadas pelas equipes de saúde da família que serão referência para o NASF. Além das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica para populações especiais, a equipe NASF pode vincular-se, no máximo, a três polos do PAS em seu território (BRASIL, 2013a).

Quadro 1. Definição das modalidades do NASF quanto a carga horária de trabalho semanal e a quantidade de equipes de vinculação.

	NASF modalidade 1	NASF modalidade 2	NASF modalidade 3
Número de equipes vinculadas	Min. 5 e Max. 9.	Min. 4 e Max. 5.	Min. 1 e Max. 2.
Carga horária semanal da equipe NASF	Min. 200hs.	Min. 120hs.	Min. 80hs.
Carga horária semanal dos profissionais que compõem a equipe NASF	Min. 20hs e Max. 80hs.	Min. 20hs e Max. 40hs.	Min. 20hs e Max. 40hs.

Fonte: Brasil (2013a).

A proposta de trabalho do NASF é baseada nas diretrizes de atenção primária à saúde, ou seja, o atendimento interdisciplinar deve propiciar a troca de saberes entre todos os envolvidos no processo de promoção da saúde, possibilitando a construção do conhecimento e capacitação para a solução dos problemas de saúde identificados. Esta lógica de trabalho propicia o estreitamento das relações entre a equipe de saúde e o paciente, fortalecendo o vínculo e a confiança entre os envolvidos. Além disso, aumenta a capacidade de análise sobre os problemas e necessidades de saúde da comunidade, tanto em termos clínicos quanto sanitários (SCABAR et al., 2012; BRASIL, 2011b).

Para se atingir tal finalidade do NASF, são sugeridas diversas metodologias de trabalho, tais como: estudos dirigidos, discussões de casos e situações, formulação de projetos terapêuticos, atendimento em grupo, educação permanente, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho, entre outras. Apesar do atendimento direto e individualizado não constituir o foco do atendimento do NASF, tal situação pode ocorrer mediante a solicitação da equipe responsável, caso haja um consenso após discussão do caso (SCABAR et al., 2012; BRASIL, 2011b).

As ações realizadas pelo NASF são norteadas por nove áreas estratégicas, são elas: 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 (SCABAR et al., 2012; BRASIL, 2008b).

Conforme observado, as práticas corporais/atividade física constituem uma área estratégica das ações do NASF. Mais recentemente, a Lei de nº 12.864, publicada em 24 de Setembro de 2013, altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, inserindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde (BRASIL, 2013c).

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, **a atividade física**, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013c, pag. 1).

As políticas públicas de saúde entendem que as experiências vivenciadas por meio do jogo, da dança, do esporte, da luta e da ginástica, constituem um meio de autoconhecimento corporal e possibilidade de manter-se fisicamente ativo, oportunizando a comunidade os benefícios advindos da prática da atividade física na promoção da saúde (BRASIL, 2008b). A oferta destas atividades no SUS é de responsabilidade dos profissionais de EF integrantes das equipes do NASF (BRASIL, 2013a).

Como já foi mencionado, o NASF possui uma metodologia “geral” de trabalho das suas equipes. Contudo, existem recomendações específicas para as ações de cada área estratégica. As ações relacionadas às Práticas Corporais/Atividades Físicas não devem ser direcionadas apenas para as populações já adoecidas ou de maior vulnerabilidade, mas sim para toda comunidade adstrita. Dentre as diversas ações, o profissional de EF do NASF deve: propiciar a criação de espaços de inclusão social por meio das práticas corporais; desenvolver a educação permanente por meio da articulação entre práticas corporais, nutrição e saúde; identificar membros “chaves” da comunidade que possuam potencial para o desenvolvimento de projetos que estimulem as práticas corporais; fornecer a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde para atuarem como facilitadores no incentivo e prática das atividades físicas na comunidade; articular ações intersetoriais dentro do seu território de atuação (demais instituições públicas, escolas, creches, associação de moradores, setor privado, setor industrial etc.) e a realização de eventos que informem sobre a importância e benefícios da prática de atividade física regular, promovendo o estímulo e a valorização da adoção de um estilo de vida ativo (BRASIL, 2008b).

Além das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica para populações especiais, as equipes NASF podem se vincular aos pólos do PAS do SUS. Tal programa, oficializado pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, do Ministério da Saúde, tem como objetivo implementar espaços públicos com infraestrutura e profissionais especializados para a orientação de práticas corporais e estilo de vida saudável. As atividades realizadas por este programa devem ser coordenadas pelos profissionais do NASF, considerando princípios, diretrizes e objetivos da PNPS, da Política Nacional da Atenção Básica à Saúde e do Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física. As Academias da Saúde devem ser utilizadas para ampliar a capacidade de intervenção coletiva, oportunizando espaços especializados para a prática da atividade física para, principalmente, grupos sociais em condições de vulnerabilidade (BRASIL, 2011a).

Cada equipe NASF poderá se vincular, no máximo, a três pólos de PAS do seu território de atuação. O programa determina que cada pólo vinculado a uma equipe

NASF, deverá possuir ao menos 1 profissional de saúde de nível superior, com carga horária semanal de trabalho de 40hs, ou 2 profissionais de saúde de nível superior com carga horária semanal mínima de 20hs cada. Este(s) profissional(ais) deverá(ão) ter formação compatível com as atividades do programa para exercer a função de coordenador do mesmo (BRASIL, 2011a). Parece não haver melhor profissional qualificado para esta função que o profissional de EF.

A partir de demandas específicas identificadas no território da equipe de saúde da família a qual à equipe NASF está vinculada, a equipe do NASF pode atuar de forma integrada aos serviços da rede de atenção à saúde, como no CAPS, no CREAS, no Centro de Referência de Saúde do Trabalho (CEREST), no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em ambulatórios especializados, entre outros (BRASIL, 2011b).

Em janeiro de 2011, havia aproximadamente 1370 equipes de NASF cadastradas em todo Brasil, tendo ainda um grande potencial de expansão, pois, para os anos seguintes, havia uma estimativa de crescimento em torno de 400%. A EF está entre as cinco profissões mais recrutadas para fazer parte das equipes NASF, está presente em aproximadamente 50% delas (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

As políticas públicas de saúde também foram direcionadas para o ambiente escolar. Em 2007, por meio do Decreto nº 6.286, foi instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), que constitui em um programa interministerial (Ministérios da Educação e Saúde), com o objetivo de “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007a, Art. 1º).

O PSE visa promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes, de modo a ampliar o alcance e os impactos das ações de saúde aos estudantes e respectivas famílias. Esta interação deve ser promovida por meio de visitas das Equipes de Saúde da Família às escolas, com o objetivo de avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. As ações devem estar

em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, sendo a atividade física e saúde um dos componentes a ser abordado pelo programa (BRASIL, 2007a).

Nesta perspectiva do PSE, o professor de EF tem papel fundamental, visto que possui competências para realizar ações de educação em saúde no contexto da atividade física e saúde no ambiente escolar, além do potencial de articular a organização do espaço social escolar, dentro e entorno da escola, no intuito de criar facilitadores para a prática de atividades físicas dos estudantes e da comunidade. Contudo, para que o professor de EF assuma um papel atuante de agente de saúde pública na escola, é necessário que sua formação em saúde seja embasada nos princípios e diretrizes do SUS, de forma a estar em consonância com as ações das políticas públicas de saúde, em específico com o PSE, de forma a estreitar as relações com os profissionais da Equipe de Saúde da Família. Os objetivos do professor de EF em relação à promoção de saúde precisam ir muito além do simples estímulo da prática de atividade física durante as aulas de EF escolar, pois, desta forma, estará desconsiderando todos os DSS envolvidos no processo de promoção da saúde, adotando uma visão reducionista e biológica do conceito de saúde.

As atuais políticas públicas de saúde envolvem a prática da atividade física em diversos contextos, dentro e fora da escola. Este novo contexto da atenção básica brasileira representa um promissor e desafiador campo de atuação na área da saúde pública para o profissional de EF (SANTOS; BENEDETTI, 2012; MALTA et al., 2008).

2.3 Ações realizadas pela Educação Física na saúde coletiva.

Há muito tempo a EF vem contribuindo no âmbito da saúde pública por meio de programas comunitários municipais de promoção da atividade física que podem contar com financiamento federal para o desenvolvimento destes projetos (COSTA, L., et al., 2012). Um exemplo destas iniciativas é o Serviço de Orientação ao Exercício realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES. Serviço que está em ação desde 1990, promove a prática regular de atividade física como meio de promoção da saúde

em módulos estrategicamente localizados em praças, parques e locais de maior fluxo da população. O objetivo da ação é prevenir as doenças relacionadas ao sedentarismo por meio da massificação da atividade física e do estilo de vida saudável (VENTURIM; MOLINA, 2005). Muitas outras ações com características similares tem sido desenvolvidas em muitas regiões do país, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição de programas que envolvem as secretarias municipais ou estaduais de saúde com o objetivo da promoção da atividade física na atenção primária de saúde.

Meio de divulgação (Referência)	Cidade - Ano de Implementação	Descrição
Agita São Paulo (CELAFISCS, 2014)	Estado de São Paulo – 1996.	Programa criado em 1995, implementado em 1996, para combater o sedentarismo no Estado de São Paulo, promovendo o nível de atividade física e o conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativo. O Agita São Paulo é o resultado de um convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul — CELAFISCS.
CuritibaAtiva (HALLAL et al., 2009)	Curitiba-PR – 1998.	O programa é coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer da cidade de Curitiba e tem objetivo a informação e orientação sobre atividade física e seus benefícios, assim como a oferta de atividades físicas orientadas.
<i>Projeto Vida Saudável</i> – (MOYSÉS; MOYSÉS; KRENPEL, 2004).	Curitiba-PR – 2000	O projeto constitui uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba com o objetivo de estimular a adoção de um estilo de vida saudável por meio da prática da atividade física e adoção de hábitos alimentares saudáveis.
Programa Saúde Ativa Rio Claro (NAKAMURA et al., 2010)	Rio Claro – SP – 2001.	O programa é resultado de uma articulação entre Ministério da Saúde, Fundação Municipal de Saúde de Rio Claro – SP – e Universidade Estadual Paulista, campus Rio Claro. São realizadas ações de promoção e manutenção da prática de atividade física em todas as Unidades Básicas de Saúde e nas Unidades de Saúde da Família. Além da oferta de atividades físicas orientadas, são realizadas palestras, congressos, reuniões e estudos epidemiológicos.

continua...

Nome da ação	Cidade - Ano de Implementação	Descrição
Projeto Saúde na Praça (MORAES et al., 2010).	Araraquara – SP – 2001.	O projeto é coordenado pela Fundação do Amparo ao Esporte de Araraquara e conta com o apoio da Secretaria de Saúde do município. Em locais públicos, especialmente as praças, desenvolvem-se as seguintes atividades físicas, abertas e gratuitas para a população: <i>Lian Gong</i> , Ginástica Geral, Hidroginástica e Tai-chi-chuan.
Projeto Ação e Saúde (GOMES; GOMES, 2005).	Guanambi-Ba – 2002.	Projeto realizado com a parceira entre a Universidade do Estado da Bahia e a Secretaria Municipal de Saúde de Guanambi-Ba. O objetivo deste projeto é orientar e desenvolver atividade física regular nas unidades do Programa de Saúde da Família do município.
Academia da Cidade em Recife (BRASIL, 2011d).	Recife-PE – 2002.	O programa, desenvolvido pela Prefeitura Municipal de Recife, tem por objetivo estimular a prática da atividade física e promover a qualidade de vida junto à população. A ação possui articulação com o programa Saúde da Família e com a área de Saúde Mental.
Caminhando para a Saúde (WARSCHAUER, D'URSO, 2009).	Santo André – SP – 2003.	O programa constitui uma ação intersetorial entre o Departamento de Lazer e a Secretaria de Saúde de Santo André – SP. Objetiva melhorar a autonomia e a condição física das pessoas. São oferecidas caminhadas orientadas em Unidades de Saúde. Além das caminhadas, ações como passeios, palestras, debates, oficinas de alimentação saudável e encontros em parques públicos são organizadas.
Programa Comunitário de Atividade Física (SILVA, MATSUDO, LOPES, 2011).	São Caetano do Sul – SP – 2004.	Este programa é desenvolvido pelo Departamento Municipal de Saúde de São Caetano do Sul – SP e conta com a parceria do CELAFISCS. São ofertadas aulas de atividade de atividade física para usuários da Estratégia de Saúde da Família do Município. Além da oferta da prática de atividades físicas, o programa realiza ações educativas, capacitação de agentes comunitários de saúde e reestruturação de espaços públicos.
Academia da Cidade em Aracaju (BRASIL, 2011d).	Aracaju-SE – 2004.	O Programa é fruto de uma parceria entre o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe – Nupafise da Universidade Federal de Sergipe – UFS e a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Foi implantado com o objetivo de proporcionar um estilo de vida mais ativo por meio da orientação para a prática regular de atividade física.

continua...

...conclusão

Nome da ação	Cidade – Ano de Implementação	Descrição
Programa Agita Lourdes (POZENA, CUNHA, 2009).	Lourdes – SP – 2005.	O programa é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e tem por objetivo desenvolver atividades permanentes de promoção e prevenção do sedentarismo, utilizando o princípio da educação permanente em saúde. São ofertadas atividades de alongamento e exercícios aeróbios três vezes por semana, no período da manhã e tarde e noite, com duração de 40 minutos em Unidades de Saúde. Além disso, são realizadas atividades de mobilização comunitária (caminhadas, campeonatos, gincanas etc.), com o intuito de aumentar a adesão de participantes.
Academia da Cidade em BH (BRASIL, 2011d).	Belo Horizonte-MG – 2005.	Programa foi desenvolvido e implementado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com o objetivo da prevenção de fatores de risco das DCNT por meio da prática regular da atividade física.
Programa Se Bole Olinda (GUARDA et al., 2009).	Olinda – PE – 2007.	O programa é coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde de Olinda e conta com recursos provenientes do Ministério da Saúde. Conta com o apoio da Secretaria do Meio Ambiente e Obras, assim como do Departamento de Estradas de Rodagem. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população através da prática de atividades físicas e hábitos saudáveis, o programa oferece aulas de ginástica, dança, expressão corporal, capoeira e Tai Chi Chuan, passeio ciclístico, palestras e atividades educativas, disponíveis em praças, igrejas, CAPS, sedes da secretaria de saúde e dos distritos sanitários, orla marítima e na Vila Olímpica do município.

Fonte: Com base em estudo realizado por Bonfim et al. (2012).

O Quadro 2 exemplifica os diversos projetos de promoção da atividade física desenvolvidos no âmbito da saúde coletiva em diferentes estados e municípios. Obviamente, o número de ações da EF no âmbito da atenção primária é muito maior do que o apresentado, pois, em 2009, o Ministério da Saúde forneceu subsídios financeiros para a implementação de aproximadamente 1.500 ações voltadas para a promoção de um estilo de vida ativo e saudável. Esta informação sugere que muitas destas ações, infelizmente, não estão sendo compartilhadas no meio acadêmico científico (BONFIM et al., 2012).

A falta de proximidade da maioria dos projetos com o meio acadêmico/universitário seria uma justificativa para a falta de publicações que descrevam as ações e seus respectivos resultados, assim como na capacitação de egressos das universidades de EF ou de outras áreas voltadas à saúde para atuação em saúde coletiva. Porém, os projetos que possuem algum vínculo com as universidades, seja por meio da extensão ou pela aproximação no âmbito do ensino e/ou pesquisa, possuem maior probabilidade de terem suas ações compartilhadas no meio acadêmico e científico. No entanto, a maioria dos municípios contemplados com financiamento do Ministério da Saúde é de pequeno porte, porém, normalmente, as universidades estão situadas em municípios de médio e grande porte. Apesar do amplo aumento das faculdades particulares de EF no país, tal segmento não se constitui em centros de excelência de pesquisa e extensão (BONFIM et al., 2012).

Conforme pode ser observado no Quadro 2, o levantamento bibliográfico realizado capturou ações que foram implementadas anteriormente à criação dos NASF. Tal fato pode explicar a falta de menção de profissionais de EF inseridos nos NASFs como estratégia para implementação e desenvolvimento dos referidos projetos. Isto talvez justifique as características das ações, as quais não coadunam com as propostas de intervenção da EF na atenção primária indicadas pela PNPS e pelos NASF. Todavia, este fato não impede que tais ações possam sofrer adequações ao longo do seu desenvolvimento.

Contudo, no momento, o que se observa na maioria das ações é o foco na doença. Ou seja, a maioria delas oferta programas de ginástica e caminhada, como meio de prevenção das DCNT. Muitas vezes, tais atividades já são direcionadas para grupos especiais, como diabéticos e hipertensos. Para Bragrichovsky, Estevão e Palma (2006) as ações da EF na saúde coletiva sofrem forte influência do campo biomédico e higienista no qual a EF se legitimou. As características da intervenção da EF no campo da saúde refletem o enfoque das pesquisas no campo biológico em detrimento das abordagens socioculturais, econômicas e políticas dos intervenientes do processo saúde-doença (BRAGRICHOVSKY et al., 2006; HALLAL, KNUTH, 2011; MANOEL, CARVALHO, 2011). Neste contexto, a EF acaba assumindo a simples função do

controle do gasto energético, enquanto a atividade física se configura como um meio de fugir da situação do sedentarismo.

Atualmente, basta o acúmulo de 30 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo do dia, que podem ser fracionados em até três períodos de 10 minutos, preferencialmente todos os dias da semana, contabilizando um gasto energético mínimo de 2000 calorias semanais (HASKELL et al., 2007), para que o indivíduo possa ser considerado saudável e livre do estigma de sedentário. Essa é a mensagem difundida pela maioria dos programas de atividade física relacionados à saúde em nossa sociedade. Nogueira e Palma (2003) argumentam que a falta de adesão às atividades físicas nos projetos públicos parecem ser uma consequência da natureza das atividades propostas. Segundo os autores, os profissionais de EF que atuam no campo da saúde coletiva necessitam obter um novo olhar, realizar uma leitura mais realística e humanística do contexto social, de modo a desenvolver juntamente com a comunidade, ações que levem em consideração os conceitos, perspectivas e anseios da saúde almejada pela comunidade, na realidade particular no qual ela está imersa. Não se trata de uma postura de repúdio aos conhecimentos fisiológicos, os quais são altamente relevantes no cuidado à saúde, mas sim a postura de aproximar os conhecimentos socioculturais para o modelo de assistência à saúde, transcendendo o caráter individual e biológico (MACHADO, D., 2007).

2.4 O processo histórico legislativo da formação profissional em Educação Física.

Por meio da análise de documentos oficiais e publicações científicas relacionados à formação profissional em EF, este tópico pretende apresentar a evolução histórica e legislativa dos currículos de formação superior em EF. Contudo, antes de serem apresentados os episódios históricos que descrevem a temática, se faz necessário ter a consciência de que, discutir o processo de formação profissional, seja de qual for à área de intervenção, embuti a imersão em um espaço de lutas e interesses epistemológicos, educacionais, políticos e culturais, ocorrendo, naturalmente,

disputas de poder, as quais se materializam em contextos curriculares (NUNES et al., 2012).

O contexto da formação profissional em EF traz na sua história o embate sobre diferentes propostas, pautadas na distinção entre os currículos de licenciatura e bacharelado. Equivocadamente, para muitos, a palavra currículo representa tão-somente um conjunto de conteúdos, habilidades e disciplinas. Todavia, o desenvolvimento de uma proposta curricular representa um processo muito mais amplo, o qual deve levar em consideração as relações sociais, culturais e educacionais do contexto. Uma proposta curricular devidamente elaborada tem a capacidade de construir significados, ideais, valores sociais e culturais, determinando condutas e perfis profissionais (ISAYAMA et al., 2013).

Apesar das determinações gerais dos currículos em EF, representados pelas DCN da área, o processo de elaboração de um PPP possui flexibilidade, fornecendo autonomia e liberdade às Instituições de Ensino Superior (IES) quanto a sua estruturação, determinação de conteúdos e metodologias de ensino que serão aplicadas. Tal liberdade representa a oportunidade das IES levarem em consideração as características, necessidades e perspectivas locais, da instituição e da comunidade, na construção do perfil profissional almejado (ISAYAMA et al., 2013). Em função desta autonomia, fica evidente o grau de importância do processo de elaboração do PPP de um curso de graduação. Neste sentido, Hunger e Rossi (2010, p. 171) afirmam que:

O projeto pedagógico de curso é definido como construção e gestão coletiva, o qual deve abranger os princípios da autonomia institucional; articulação entre ensino, pesquisa e extensão; graduação como formação inicial; formação continuada; ética pessoal e profissional; ação crítica, investigativa e reconstrutiva do conhecimento; abordagem interdisciplinar do conhecimento; indissociabilidade teoria-prática, por meio da prática como componente curricular, estágio profissional curricular supervisionado e atividades complementares; articulação entre conhecimentos de formação ampliada e específica.

As instituições militares foram pioneiras em oferecer cursos de formação profissional em EF no Brasil. Segundo Lima (1994), o primeiro curso de formação em EF no país ficou a cargo da Escola de Educação Física da Força Pública do Estado de São Paulo, criada em 1910. Na década seguinte, entram em funcionamento a Escola

de Educação Física do Centro de Esportes da Marinha (LIMA, 1994; ISAYAMA et al., 2013) e o Curso Provisório de Educação Física que, posteriormente, se tornaria a Escola de Educação Física do Exército (ISAYAMA et al., 2013).

Os cursos civis de formação profissional em EF surgiram somente na década de 30. Lima (1994) considera a Escola de Educação Física da Universidade de São Paulo como o primeiro curso desta categoria, o qual foi criado em 1931. Ainda na década de 30, entrou em funcionamento a Escola Nacional de Educação Física da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro. Esta última foi criada a partir do Decreto-Lei n 1.212, de 17 de Abril de 1939, o qual fixou um modelo curricular que deveria ser seguido por todo país (ISAYAMA et al., 2013).

De forma geral, os cursos daquele momento, eram de curta duração (2 anos), com ênfase na técnica desportiva e os aspectos médicos, sendo que o corpo discente era formado por militares indicados e professores de escolas públicas que atuavam no ensino primário. A base intelectual destes cursos era fornecida pela classe médica, ou seja, os cursos possuíam forte cunho biológico, higienista e eugenista, com grande foco na saúde. A classe militar era responsável pela instrumentalização prática dos alunos. Com estas características, nota-se que a formação estava pautada na ideologia vigente da época, que tinha como objetivo o aprimoramento da raça e no fortalecimento do Estado (LIMA, 1994; ISAYAMA et al., 2013). Para Lima (1994), os cursos de formação de EF, no Brasil, foram implementados nas universidades para a formação de técnicos, com forte influência militar, e não para a formação de professores. Os cursos visavam a formação de técnicos de EF e desportos para atuarem no ambiente escolar, de forma a atender aos objetivos ideológicos do Estado.

Contudo, em 1961, com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) nº 4.024, a formação do professor em EF adquiriu novas características. A duração do curso foi ampliada para três anos e passou a ser exigida a conclusão de um curso de didática para habilitar estes professores a trabalharem em escolas de primeiro e segundo graus. A partir deste momento, a formação dos professores de EF se enquadrava com as exigências curriculares impostas para os outros cursos de licenciatura existentes na época (matemática, geografia, história etc.), os quais exigiam

a conclusão de um curso de didática para ministrarem aulas no ambiente escolar. Anteriormente a publicação desta LDB, a formação do licenciado em EF não exigia a aquisição de conhecimentos didáticos (ISAYAMA et al., 2013).

Em decorrência desta LDB, ainda na década de 60, o Conselho Federal de Educação estabeleceu um currículo mínimo aos cursos de formação de professores de EF, atribuindo ao egresso o título de “Licenciado em Educação Física”. Nesse contexto, a EF adquire o status de licenciatura da área educacional. O licenciado também poderia obter o título de “Técnico Desportivo” caso cursasse mais duas disciplinas da área esportiva (ISAYAMA et al., 2013).

Na década de 70 ocorre um crescimento no número de programas de EF com características adversas, as quais procuram atender, além das demandas escolares, as exigências que surgem fora do ambiente escolar. Claramente, começam a emergir duas vertentes no mercado de trabalho para a área: o segmento escolar e o segmento não escolar. A figura do “licenciado generalista” começa a tomar forma como meio de se adequar a esta nova realidade (LIMA, 1994). No final da década de 70, os intelectuais da área da EF começam a discutir sobre as adequações curriculares que a área deveria passar em função das novas exigências do mercado de trabalho (OLIVERIA, 2000). O ambiente não escolar ganha força como local de intervenção, o que faz surgir os primeiros movimentos organizados para regulamentar a profissão EF, e o termo “profissional de EF” começa a ser adotado (PRONI, 2010).

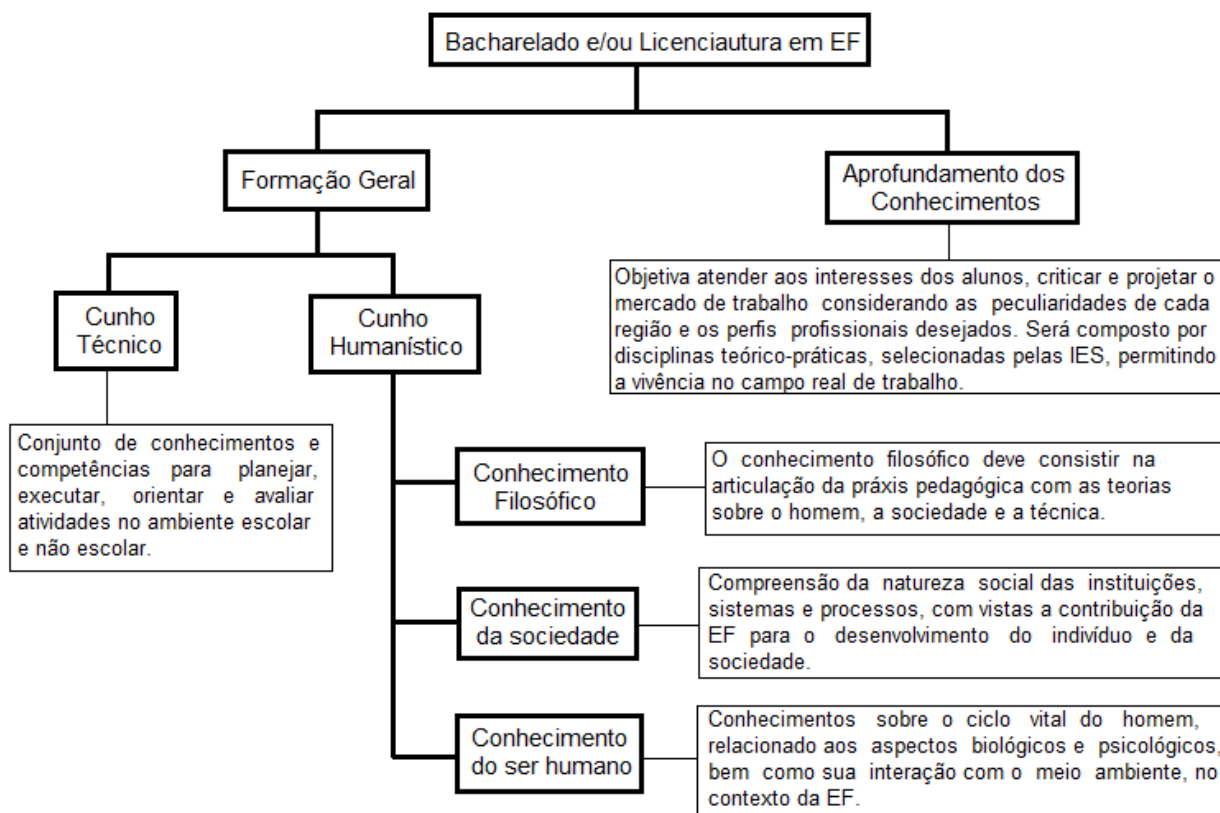
O processo de debates e proposições sobre as reformas curriculares para os cursos superiores de EF se estenderam por quase toda a década de 80, culminando, em 16 de junho de 1987, na aprovação da Resolução nº 03 do Conselho Federal de Educação, que determinou as novas características dos cursos de graduação em EF (OLIVEIRA, 2000; ISAYAMA et al., 2013).

Segundo esta Resolução, a graduação em EF concederia o título de Bacharel e/ou Licenciado. Além disso, os graduados poderiam obter a titulação de “Técnico Desportivo” caso realizassem cursos específicos de especialização dentro da própria formação. A formação possibilitaria a capacitação no âmbito da EF escolar (pré-escolar, 1º, 2º e 3º graus) e não escolar (academias, clubes, centros comunitários/condomínios

etc). Esta Resolução também determinou a carga horária e conteúdo mínimos dos currículos. A Figura 1 apresenta a estrutura curricular para os cursos superiores de EF segundo a Resolução 03/87 (BRASIL, 1987).

Conforme pode ser observado na Figura 1, os cursos de graduação em EF deveriam contemplar dois núcleos de disciplinas: um de formação geral e outro de formação de aprofundamento de conhecimentos. O curso passou a ter duração mínima de 4 anos, compreendendo uma carga horária mínima de 2.880 horas/aula. Da carga horária total, 80% destinada à formação geral, podendo ser destinado o máximo de 20% para os conteúdos dedicados ao aprofundamento dos conhecimentos. Desses 80% das horas destinadas à formação geral, 80% dedicados às disciplinas vinculadas ao conhecimento técnico. A Resolução determinava que as IES deveriam realizar suas adequações curriculares até o ano de 1990 (BRASIL, 1987).

Figura 1. Estrutura curricular para os cursos superiores de EF segundo a Resolução 03/87.



Fonte: Brasil (1987).

Apesar da publicação da Resolução 03/87, as discussões curriculares na área da EF não cessaram. A Resolução trouxe enormes contribuições para o processo de formação profissional da área, pois, além de formalizar a criação do curso de bacharelado, ampliou a carga horária mínima e direcionou os conteúdos mínimos para o processo de formação superior. Contudo, apesar do mercado de trabalho apresentar claramente a distinção entre os campos de intervenção, ambiente escolar e não escolar, o mesmo não parecia estar devidamente claro no processo de elaboração dos PPP dos cursos para as IES.

Conforme consta na própria resolução, as IES deveriam levar em consideração as peculiaridades de cada região (Bacharelado e/ou Licenciatura Plena) na construção do PPP do curso, tendo ampla flexibilidade na determinação dos marcos conceituais fundamentais do perfil profissional desejado, na elaboração das ementas, na carga horária de cada disciplina, assim como as suas denominações (BRASIL, 1987). Neste contexto, com o objetivo de atender aos interesses dos alunos e às peculiaridades regionais do mercado de trabalho, as IES implementaram diversos modelos curriculares, o que, para alguns pesquisadores, contribuiu ainda mais para as contradições e discrepâncias existentes na formação profissional da área (HUNGER et al., 2006).

Betti e Betti (1996) comentam que muitos currículos de licenciatura em EF, na tentativa de atender as demandas do mercado de trabalho, não mais restrito ao ambiente escolar, sofreram um inchaço devido à inclusão de conteúdos relacionados às novas áreas de intervenção, como, dentre outras, no exercício resistido, na ginástica aeróbica e na educação física adaptada. Para Isayama e colaboradores (2013), grande parte das IES, em específico as IES do setor privado, adotaram a oferta do modelo “dois em um”, ou seja, formando profissionais “capacitados” a atuar em todos os locais de intervenção do campo da EF, por meio de um modelo de formação que ficou amplamente conhecido por “3 + 1”.

O curso de bacharelado foi criado com o objetivo de atender as novas exigências de um mercado de trabalho que havia ampliado para além do ambiente escolar, trazendo a necessidade de aquisição de novas habilidades por parte destes

profissionais. Além disso, a possibilidade de criação de um currículo único e exclusivamente voltado para o ambiente escolar, parecia ser o caminho para a formação de professores mais capacitados para atuarem nas escolas. Contudo, as interpretações realizadas pelas IES da Resolução 03/87 acabaram gerando currículos inchados, com profissionais despreparados para ambos os locos de intervenção, escolar e não escolar (ISAYAMA et al., 2013).

Imerso neste contexto, em dezembro de 1996, por meio de Lei Federal 9.394, estabelece as diretrizes e bases da educação brasileira, em todos os seus níveis. No que concerne ao âmbito da educação de nível superior, esta Lei determina que o Conselho Nacional de Educação será o responsável por autorizar, reconhecer, credenciar, supervisionar e avaliar os cursos das instituições de educação superior. Além disso, esta Lei determinou que as IES, no gozo de sua autonomia, deveriam fixar os currículos dos seus cursos e programas, respeitando as diretrizes gerais pertinentes, sendo que a formação de docentes para atuar na educação básica far-se-ia em nível superior, em curso de licenciatura, de graduação plena (BRASIL, 1996).

Em função das novas determinação da LDB de 1996, o Ministério da Educação e do Desporto (MEC), por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu), lança, em dezembro de 1997, o edital nº 04, o qual convoca as IES a apresentarem propostas para as novas DCN para os cursos superiores do país, as quais seriam consideradas no processo de elaboração das novas DCN por uma comissão de especialistas nomeada pelo MEC/SESu. As propostas deveriam ser encaminhadas até abril de 1998 (BRASIL, 1997b).

Como determinado no edital supracitado, foi nomeada por meio da Portaria nº146 de 10 de março de 1998 (BRASIL, 1998b), com mandato de dois anos, a Comissão de Especialistas de Ensino em Educação Física (COESP-EF), que foi composta pelos professores: Elenor Kunz (UFSC); Emerson Silami Garcia (UFMG); Helder Guerra de Resende (UGF); Iran Junqueira de Castro (UnB) e Wagner Wey Moreira (UNIMEP). A COESP-EF tinha a função de analisar as propostas encaminhadas ao Conselho Nacional de Educação, no intuito de contribuir no processo de aprimoramento da Resolução 03/87, apresentando novas Diretrizes Curriculares

para a área da EF, tendo em vista algumas distorções identificadas ao longo de pouco mais de uma década de vigência da 03/87.

O trabalho realizado pela primeira COESP-EF não chegou a culminar na publicação das novas DCN para a área da EF. Contudo, segundo Frizzo (2010), esta primeira COESP-EF, após análise de propostas de 24 IES encaminhadas em função do Edital 04/97, apresentou parecer a respeito de uma proposta que preservava as linhas gerais da Resolução 03/87.

A primeira proposta de DCN da primeira COESP-EF, para os cursos de graduação em Educação Física, extingue as duas titulações da Resolução 03/87, e estabelece uma única graduação em Educação Física, a partir de dois núcleos de conhecimento: Conhecimento Identificador da Área, que abrangia conhecimentos de formação básica e formação específica; e Conhecimento Identificador do Tipo de Aprofundamento, que era compreendido como o conjunto de conhecimentos que objetivavam o desenvolvimento de competências e habilidades específicas para a intervenção acadêmico-profissional nos diferentes campos de atuação, cabendo a cada IES propor um ou mais campos de atuação profissional a título de aprofundamento, ou seja, essa proposta permitia que cada IES direcionasse a graduação para uma área específica da Educação Física sem permitir o acesso a todo conhecimento da área (FRIZZO, 2010, pg. 168).

Independente dos debates curriculares da área da EF, em 2001, são aprovados os pareceres 09 e 27 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001c, 2001d), que foram peças fundamentais na homologação das novas DCN para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena, por meio da publicação das Resoluções 01 e 02 de 2002, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2002a, 2002b). Logicamente, estas novas DCN atingiram a área da EF, a qual necessitou readequar os seus currículos em função de uma nova lógica do processo de formação de professores da educação básica. As licenciaturas do país, tinham o prazo de 2 anos para se adequar as novas DCN. Além desse impacto na área da EF, segundo Frizzo (2010), a publicação da Resolução 01/2002 inviabilizou a primeira proposta da COESP-EF, uma vez que ela determinava que: “a formação deverá ser realizada em processo autônomo, em curso de licenciatura

plena, numa estrutura com identidade própria” (BRASIL, 2002a, inciso I do 7º parágrafo).

Mediante o contexto, uma segunda COESP-EF foi nomeada com a função de apresentar uma nova proposta de DCN para a graduação em EF, a qual se materializou, em 2002, no Parecer nº 138 do Conselho Nacional de Educação, o qual foi aprovado ainda no mesmo ano. Esta segunda comissão foi composta por Iran Junqueira de Castro (UnB), Cláudia Maria Guedes (USP), Roberto Rodrigues Paes (UNICAMP), Antônio Roberto Rocha Santos (UFPE), Maria de Fátima da Silva Duarte (UFSC) (FRIZZO, 2010). Apesar da homologação do parecer, em função das divergências da área quanto a discussão curricular, ocorreram movimentos de resistência quanto a publicação do mesmo (FRIZZO, 2010; ISAYAMA et al., 2013).

Contudo, em 2003, ocorreu a definição de não publicação do Parecer 138/02, sendo nomeada uma terceira COESP-EF, a qual foi composta por Helder Guerra de Resende (SESu/UGF), Maria de Fátima Duarte (SESu/UFSC), Iran Junqueira de Castro (Inep/INB), Zenólia Christina Campos Figueiredo (CBCE/UFS) e João Batista Andreottii Gomes Tojal (CONFED/Unicamp). Esta nova comissão apresentou, em uma audiência pública no final de 2003, uma proposta substitutiva ao Parecer 138/02. Mas, novamente, em função de divergências de opiniões da área e de manifestações de repúdio a proposta substitutiva durante a audiência pública, o relator do parecer propôs a criação de uma nova COESP-EF. Por fim, foi esta quarta COESP-EF que apresentou o parecer 058/2004, aprovado em fevereiro de 2004, que, posteriormente, se converteu na Resolução nº 7, de 31 de Março de 2004, que institui as DCN para os cursos de graduação em EF (FRIZZO, 2010).

Além de instituir as DCN para os cursos de graduação/bacharel em EF, em nível superior de graduação plena, a Resolução 07/2004 também estabelece orientações específicas para as licenciaturas em EF (BRASIL, 2004a), em consonância com as DCN para a formação de professores da educação básica (BRASIL, 2002a; 2002b). Neste sentido, a Resolução 07/2004 estabelece que o licenciado deva estar qualificado para a docência do componente curricular EF na educação básica, tendo legislação própria para referência no processo de elaboração do PPP dos cursos de

licenciatura em EF, ou seja, a definição das competências e habilidades gerais e específicas que caracterizarão o perfil acadêmico-profissional do Professor da Educação Básica, licenciatura plena em Educação Física, deverá pautar-se pelas Resoluções 01 e 02 de 2002, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2004a).

Na época da elaboração da Resolução 07/2004, as DCN vigentes para as licenciaturas eram determinadas pelas Resoluções 01 e 02 de 2002, do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2002a; 2002b). Contudo, em julho de 2015, foi publicada a Resolução nº 2, do Conselho Nacional de Educação, que definiu as novas DCN para as licenciaturas, revogando as duas anteriormente mencionadas. Estas novas DNC visaram fortalecer a formação do professor, assim como valorizar a classe profissional. Em termos formativos, destaca-se o aumento da carga horária mínima exigida para 3200 horas, que deverão ser contempladas em oito semestres, no mínimo. Além disso, a carga horária dedicada à dimensão pedagógica não poderá ser inferior à quinta parte da carga horária total do curso, ou seja, 640 horas tendo como referência a carga horária mínima determinada pelo documento (BRASIL, 2015).

Segundo a Resolução 07/2004, as graduações em EF, na modalidade bacharel, deverão fornecer formação acadêmica que contemple dois conjuntos de conhecimentos: ampliado e específico. A primeira deverá fornecer conhecimentos relacionados a: I) Relação ser humano-sociedade, II) Biológica do corpo humano, e III) Produção do conhecimento científico e tecnológico. A formação específica, por sua vez, contemplará conhecimentos pautados nas seguintes dimensões: I) Culturais do movimento humano, II) Técnico-instrumental, e III) Didático-Pedagógico (BRASIL, 2004a).

As diretrizes permitem a inclusão de núcleos temáticos de aprofundamento no currículo, caso seja de interesse da IES, podendo ser utilizado até 20% da carga horária total para esta finalidade. Caso a instituição opte por esta inclusão, 40% da carga horária do estágio curricular supervisionado deverá ser cumprida no campo de intervenção acadêmico-profissional correlato ao núcleo temático. Os estágios e as atividades complementares não deverão exceder 20% da carga horária total do curso

(BRASIL, 2004a). O limite mínimo para a integralização da graduação/bacharel em EF é de 4 anos, sendo que a carga horária mínima é de 3200 horas (BRASIL, 2009a).

A estruturação curricular mínima fornecida pela Resolução 07/2004 é de extrema importância para um direcionamento padrão da constituição dos PPP dos cursos de graduação em EF, modalidade bacharel. Contudo, mais do que a estruturação mínima apresentada acima, a Resolução 07/2004 define um perfil profissional e um campo de atuação para os bacharelados em EF. Em síntese, este profissional é capaz de intervir acadêmica e profissionalmente nos campos da saúde, da educação, projetos sociais, esportes, lazer e gestão de empreendimentos dessa área (NUNES et al., 2012). Especificamente, a Resolução 07/2004, vincula fortemente o profissional de Educação Física com a área da saúde, determinando que a matriz curricular deva ser elaborada de modo a garantir uma formação embasada no estudo, planejamento, execução e avaliação da atividade física neste setor de intervenção, capacitando este profissional no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2004a).

Segundo as diretrizes, o *locus* de intervenção do bacharel é caracterizado pelo ambiente não escolar, ou seja, a lista de espaços é extremamente exaustiva, uma vez que todos os locais em que se configuram atividades físico-esportivas fora da escola são passíveis de intervenção deste profissional. Nunes e colaboradores (NUNES et al., 2012) na tentativa de expressar algumas dessas possibilidades, apresentam uma lista de espaços que se configuram locais de intervenção para o bacharel em EF:

[...] clubes, academias, áreas de lazer, iniciação esportiva e atividades físicas fora da grade curricular escolar, empreendimentos físico-esportivos, bem como em secretarias de esporte e lazer das redes municipal e estadual, em projetos sociais, associações esportivas e recreativas, centros de reabilitação física e de educação para pessoas com deficiência, em órgãos públicos e de iniciativa privada nos setores de administração, organização esportiva, recreativa e de lazer, em esportes marítimos e atividades físico-esportivos de praia, em prestação de serviço em condomínios, empresas e hospitais, em consultorias, projetos e eventos de esportes de aventura e ligados à natureza (NUNES et al., 2012, pg. 282).

Diante do cenário atual, os dispositivos normativos vigentes, definem a formação, competências e campos de atuação diferenciados para o licenciado e graduado/bacharel em EF. Porém, as divergências quanto aos direcionamentos curriculares da área ainda existem (FRIZZO, 2010). Isayama et al. (2013) relatam que muitos cursos de licenciatura e bacharelado em EF têm apresentado estrutura curricular muito semelhantes, com pequenas diferenciações, o que acaba comprometendo a identidade destes profissionais perante a sociedade, deixando em dúvida o papel da EF dentro e fora das escolas para a população em geral. As dúvidas e distorções sobre o assunto parecem não acometer apenas a população em geral, tendo em vista que, em junho de 2013, o Ministério Educação, por meio da Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, emitiu uma Nota Técnica com o objetivo de prestar esclarecimentos sobre os cursos de graduação em Educação Física, nas modalidades bacharelado e licenciatura (BRASIL, 2013b). Após análise do marco legal e normativa aplicável no processo de formação superior dos cursos de EF, a nota técnica chegou a seguinte conclusão:

De todo o exposto, conclui-se que, conforme o marco legal e normativo atual, o curso de Educação Física pôde ser ofertado nas modalidades bacharelado e licenciatura plena conjuntamente, de forma regular, até findo o prazo para a adequação das Diretrizes Nacionais de Cursos (DCNs) determinado pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), ou seja, até 15/10/2005. Portanto, compreende-se que apenas os alunos ingressantes até a data de 15/10/2005 nos cursos de Educação Física estariam aptos a obter a graduação de “*Bacharel e Licenciado em Educação Física*”, sendo que, após esta data, as modalidades do curso de Educação Física passaram a representar graduações distintas (BRASIL, 2013b, pg.4).

Independente deste embate, hoje em dia, as novas demandas no campo da saúde, em específico na saúde pública, têm impulsionado os pesquisadores da área da formação profissional a estudarem novas formas de conceber a saúde nos currículos dos cursos superiores de EF. Tal contexto tem levado a criação de bacharelados em EF com ênfase neste setor de intervenção profissional. Os campos de intervenção de uma profissão sofrem interferência direta do mundo do trabalho. Obviamente que as IES não devem embasar os currículos de seus cursos de graduação única e exclusivamente nas

demandas do mercado, porém estas também não devem ser desconsideradas na definição do perfil profissional (MARTINS, 2009). Concluída as reflexões sobre a história legislativa que direciona o processo de formação dos cursos superiores em EF, agora, em específico, será debatido o processo de formação da EF para o setor saúde.

2.5 Formação em Educação Física para atuação na saúde coletiva.

Antes de iniciar as reflexões sobre a atual formação dos cursos de EF para atuação na saúde coletiva, faz-se oportuno refletir sobre as recomendações gerais acerca da formação dos profissionais de saúde em geral. Com o reconhecimento da EF como profissão da saúde de nível superior (BRASIL, 1997a), ela passa a integrar um rol de profissões que, além de ter diretrizes curriculares próprias, têm em comum a necessidade de adequar seus currículos às determinações gerais das profissões da saúde, que buscam orientar o perfil destes profissionais em função dos princípios e diretrizes que norteiam a dinâmica de trabalho da saúde pública brasileira (BRASIL, 2005).

A reforma sanitária brasileira apresentou um grande desafio para os profissionais de saúde, pois além de garantir a saúde como um direito do cidadão, propôs um novo olhar para o processo saúde-doença, o qual exigiria novas competências e habilidades destas categorias profissionais. Tendo ciência desta necessidade, a Constituição Federal de 1988, na Seção II, da Saúde, determina que o SUS possui a responsabilidade de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988, inciso II do Art. 200º).

Este processo de qualificação deve ter início nas graduações dos cursos superiores da saúde, pois é neste momento que o perfil profissional é consolidado, fornecendo as habilidade e competências daqueles que irão compor o SUS, assim como as demais instâncias dos serviços de saúde que constituem a saúde pública brasileira. Esta lógica impõe grande responsabilidade às IES no processo de redefinição dos modelos de formação em saúde, principalmente ao ter o entendimento

que este processo é dinâmico, em função da contínua alteração dos contextos educacionais, sociais, econômicos, políticos e tecnológicos. Vale aqui ressaltar, como já mencionado anteriormente, que a palavra currículo carrega consigo discussões que transcendem a simples determinação de um conjunto de disciplinas, uma vez que a discussão curricular compreende um espaço de lutas e interesses epistemológicos, educacionais, políticos e culturais, ocorrendo, naturalmente, disputas de poder (NUNES et al., 2012; ISAYAMA et al., 2013). O sucesso do sistema brasileiro de saúde pública depende diretamente da formação dos profissionais que nele atuarão, os quais precisam ser formados em consonância com as diretrizes e princípios do SUS (SCABAR et al., 2012; LEMOS; FONTOURA, 2009). Diante o exposto, percebe-se que o debate sobre as competências na formação dos recursos humanos para o campo da saúde não é recente, ocupando espaço nas discussões sobre políticas públicas de saúde desde a consolidação da reforma sanitária brasileira (LEMOS; FONTOURA, 2009).

A Reforma Sanitária Brasileira teve como objetivo modificar o modelo de assistência à saúde, que era fortemente caracterizado pelo biologicismo e mecanicismo das práticas do cuidado à saúde, a qual é produto de um contexto histórico e conceptual (PEREIRA, LAGES, 2013). O avanço dos conhecimentos biológicos em nível celular e molecular trouxeram grandes benefícios para o tratamento das doenças. Contudo, a fragmentação do conhecimento proporcionada pelo positivismo científico, fez com que o campo da saúde tratasse o corpo humano de forma análoga a uma máquina, em que as peças danificadas poderiam ser reparadas com os novos conhecimentos científicos e as novas tecnologias para diagnóstico e tratamento das doenças. Este modo do cuidar era embasado na concepção de que doença seria o mau funcionamento dos mecanismos biológicos que constituem o ser humano (NAMEN; GALAN; CABREIRA, 2007).

No século XIX a palavra “*especialista*”, “*cientista*”, “*perito*”, “*profissional*”, foi um sinal de que a divisão do trabalho intelectual havia se expandido muito (*O homem multifacetado* apontado por Rescher)³⁷. [...] a especialização acabou triunfando também no século XX e surge um abismo entre Ciências Naturais e as Humanas - “*as famosas duas culturas*” - seguidas pela separação entre a química e a física, a

sociologia e a psicologia, assim por diante³¹ (NAMEN, GALAN, CABREIRA, 2007, pg. 51).

Namen e colaboradores (2007) acreditam que a formação altamente especializada e fragmentada representa uma das grandes deficiências da medicina na atualidade. A focalização da atenção única e exclusivamente para partes cada vez menores do corpo, no ato do cuidar, reduz o conceito de saúde a um funcionamento mecânico, perdendo a consciência de que o ser humano é constituído de saberes e perspectivas, os quais são influenciados pelo contexto socioeconômico ao qual o paciente está inserido. Obviamente, o egresso de um curso superior de saúde tende a reproduzir na vida profissional o que vivenciou na universidade.

Apesar da Reforma Sanitária Brasileira trazer a discussão acerca da importância do processo de formação dos profissionais de saúde para a consolidação do SUS, Lemos e Fontoura (2009) creem que, apesar dos debates e das produções intelectuais desenvolvidos sobre a temática, ainda não ocorreram transformações de grande impacto no processo de formação do profissional da saúde. Pereira e Lages (2013) acreditam que a lenta evolução do processo de reestruturação da formação em saúde, tenha com fator contribuinte, a falta da determinação de fundamentos pedagógicos para esta finalidade na Reforma Sanitária Brasileira, pois apesar de abordar o tema, o mesmo foi desenvolvido com superficialidade.

Este contexto levou à necessidade da criação de diretrizes curriculares para os cursos superiores da área da saúde, de modo a capacitar profissionais que tivessem competências e habilidades para colocar em prática o novo modelo de cuidar preconizado pela Reforma Sanitária Brasileira.

Neste sentido, em 2001, o Parecer nº 1.133 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2001e) é considerado o primeiro documento que orienta as diretrizes curriculares para a área da saúde (PEREIRA, LAGES, 2013). Com base neste parecer, foram criadas as diretrizes curriculares para os cursos de Enfermagem (BRASIL, 2001b), Medicina (BRASIL, 2001g) e Nutrição (BRASIL, 2001a) no ano de 2001, que foram elaboradas com o objetivo de:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2001e, pg.4).

De forma geral, as DCN para as graduações de Medicina, Enfermagem e Nutrição determinam o perfil, as competências e as habilidades destes futuros profissionais. Além disso, há orientações acerca dos conteúdos curriculares, características dos estágios, atividades complementares e organização dos cursos (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001g). Cada graduação possui diretrizes próprias com determinações específicas para sua área de atuação. Contudo, as diretrizes curriculares destes três cursos são fundamentadas num mesmo conceito de saúde ampliado e nos princípios e diretrizes do SUS. Todas enfatizam que os cursos devem ser estruturados de forma a ocorrer a interação entre ensino e serviços de saúde, com ênfase no SUS, de modo a proporcionar uma formação que atenda as necessidades sociais de saúde (BRASIL, 2001a, 2001b, 2001g). Até 2004, foram aprovadas as diretrizes curriculares para as demais graduações da área da saúde, numa tentativa de determinar um padrão geral de orientação para a elaboração dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das graduações da área da saúde, constituindo em um dos principais instrumentos de reestruturação curricular (PEREIRA, LAGES, 2013).

Com o objetivo de auxiliar no processo de adequação dos currículos das graduações da saúde para a atuação no âmbito da saúde coletiva, com ênfase no SUS, em 2005, o CNS pública a Resolução de nº 350, que determina que:

[...] a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo-se as considerações acima, relativamente à Constituição Federal [...] (Resolução 350/05 CNS, p.2).

Esta resolução foi elaborada com objetivo de garantir a formação de profissionais da área da saúde de nível superior com perfis adequados ao SUS, por meio da verificação da compatibilidade entre o PPP com sua respectiva DCN. Ainda segundo

esta resolução, o PPP deverá ser construído, e/ou compromissos assumidos, com os gestores locais do SUS.

Anterior à análise dos currículos dos cursos de EF, faz-se pertinente realizar uma apreciação das diretrizes curriculares que norteiam a construção dos PPP para ambas as modalidades dos cursos superiores em EF, licenciatura e bacharelado, no que diz respeito à formação para atuação na saúde coletiva, em específico para o SUS.

Além da Resolução nº2, de 1º de Julho de 2015, do Conselho Nacional da Educação (BRASIL, 2015), que determina as DCN para a formação de professores da educação básica, o que engloba a formação de professores de EF, os cursos de licenciatura plena em EF também possuem orientações específicas na Resolução nº 07 de 2004 do Conselho Nacional da Educação (BRASIL, 2004a). Nenhum dos documentos citados menciona que a formação dos professores ou profissionais de EF precisa estar em consonância com o conceito de saúde e com os princípios e as diretrizes do SUS. Além disso, não há menção de estratégias de aproximação do graduando com os serviços de saúde e profissionais do SUS. De fato, as diretrizes para os cursos de licenciatura plena não possuem sequer a menção da palavra “saúde”. As políticas públicas de saúde criaram o PSE, o qual busca a interação entre as equipes de saúde da família e o ambiente escolar. Como mencionado no presente estudo, o professor de EF é um importante elo desta relação, uma vez que as práticas corporais/atividades físicas constituem uma das áreas estratégicas das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006), contudo, as diretrizes para a formação do professor de EF não prevê esta interação.

As DCN para a formação do bacharel em EF são determinadas pelas Resoluções 07/2004 e 04/2009 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2004a, 2009a). Como já mencionado anteriormente, o Conselho Nacional de Educação elaborou as DCN para os cursos superiores das profissões da saúde com o intuito de tornar a formação em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, o que inclui as Diretrizes Curriculares para os cursos de bacharelado em EF (FALCI; BELISÁRIO, 2013). A Resolução 07/2004 deixa bem claro que o graduado/bacharelado em EF, por meio do estudo e aplicação do movimento humano, manifestado por diversas formas do

exercício físico (ginástica, jogo, esporte, luta/arte marcial e dança), deve ser capaz de intervir academicamente e profissionalmente no processo de promoção, prevenção e reabilitação da saúde das pessoas. Ele também deve ser preparado para participar ou gerenciar equipes multiprofissionais de saúde para a operacionalização das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004a). As diretrizes evidenciam a formação de um profissional da área da saúde; não há dúvida quanto a isto. Contudo, não há, nas diretrizes, qualquer menção sobre a necessidade de formação em consonância com os princípios e determinações do SUS. Além disso, também não possui orientação específica de aproximação entre graduandos e serviços do SUS durante a graduação. As diretrizes para o bacharelado têm origem anterior à criação no NASF, o qual efetivamente inseriu os profissionais de EF no SUS. Este fato pode ter grande influência na inexistência de direcionamento para atuação no SUS na formação destes profissionais.

Mediante este contexto, dar-se-á início a análise de pesquisas que investigaram os currículos dos cursos superiores de EF para atuação no campo da saúde. Brugnerotto e Simões (2009) analisaram o conceito de saúde presente nos PPP dos cursos de EF (licenciatura e bacharelado) de seis universidades públicas do estado do Paraná. Além disso, avaliaram o enfoque dado aos componentes curriculares que tivessem relação com a saúde, classificando-os em humanista ou biológico segundo suas características. Abaixo a nova tendência do conceito de saúde adotado pelos autores para desenvolvimento da pesquisa:

[...] Conceito de saúde ampliado - Promoção da Saúde (humanista): "saúde" é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho e renda, oportunidades de educação ao longo de toda a vida dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 1999). Então, quando a disciplina envolvia mais fatores do que apenas os biológicos, foram selecionados com o enfoque humanista (conceito de saúde positivo) (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009, p. 158).

Os resultados demonstraram que os PPP, de certa forma, atendem as novas tendências do conceito de saúde. Entretanto, ao analisar os componentes curriculares voltados para a saúde, identificou-se que o termo "promoção da saúde" está vinculado

à ideia do modelo biomédico de saúde, ou seja, compete ao profissional de EF a prescrição e avaliação de programas de exercícios físicos, baseados em preceitos fisiológicos, com o intuito de promoção da saúde e qualidade de vida (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009).

Duas das mais importantes universidades brasileiras também foram alvo de investigações por parte de pesquisadores da área de formação profissional no campo da saúde. Os cursos de EF da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e da USP foram analisados para uma melhor compreensão de como está sendo realizado o ensino da saúde coletiva (ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010).

A modalidade de bacharel em EF do curso da UNICAMP prevê a atuação do egresso em hospitais e clínicas. Entretanto, o referido curso possui apenas uma disciplina obrigatória relacionada à temática saúde coletiva, com carga horária de 30 horas. Uma segunda disciplina abordando a mesma temática, com carga horária de 60 horas, é oferecida para os alunos que optam por se especializar em Treinamento e Esportes. Pode-se constatar que a carga horária das disciplinas específicas para a temática saúde coletiva está muito aquém do necessário para formar um profissional capaz de intervir com qualidade na atenção primária da saúde. A aproximação dos graduandos com os serviços da rede do SUS praticamente não existe, visto que não há menção sobre a possibilidade de estágios em serviços de saúde na atenção básica (ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010).

O contexto do curso de bacharelado em EF da USP não é diferente ao da UNICAMP. Embora o curso dê indícios de intervenção do egresso no processo de promoção e melhoria da qualidade de vida, há apenas uma disciplina específica obrigatória, denominada “Fundamentos de Saúde Pública em Educação Física”, com carga horária de 30 horas (PASQUIM, 2010).

Outro fator limitante, identificado em ambas as instituições, é a ausência de espaços institucionalizados para a prática de estágio em serviços de saúde. A falta de aproximação dos graduandos de EF com a realidade dos serviços de saúde no âmbito da atenção primária faz com que estes futuros profissionais não reconheçam esse campo de atuação como parte de sua competência (ANJOS; DURTE, 2009). Além

disso, não há a menor articulação com outros cursos da área da saúde de forma a preparar este profissional para a intervenção em ambientes multiprofissionais. A interdisciplinaridade e intersetorialidade são pressupostos básicos dos serviços prestados pela rede de atenção básica da saúde (PASQUIM, 2010). Em resumo, “mais uma vez fica evidente que a visão que se tem de saúde, nos cursos de Educação Física, é aquela que prioriza a integridade biológica. Sua atuação é limitada, exclusiva ao núcleo de conhecimento desse profissional” (ANJOS; DUARTE, 2009, p.8).

Em estudo um pouco mais recente aos supracitados, Costa L. e colaboradores (2012) quantificaram a presença de componentes curriculares que abordassem conteúdos relacionados à saúde coletiva em cursos de EF de 61 IES (35 públicas e 26 privadas) das capitais estaduais brasileiras. Segundo os autores, a presença de disciplinas relacionadas à saúde coletiva representa a aquisição de conhecimentos e habilidades indispensáveis para a resolubilidade das ações em saúde dos profissionais de EF no âmbito da atenção primária.

Os resultados revelaram que a maioria das IES investigadas (n = 44) não contém, em sua matriz curricular, disciplinas que abordem conhecimentos relacionados à saúde coletiva. Também foi constatado que, das 17 IES que forneceram componentes curriculares com a temática, a modalidade de bacharelado (n = 12) foi a que mais possuía tais disciplinas quando comparada com os cursos de licenciatura (n = 8) e licenciatura ampliada (n = 2). Apesar desta última modalidade ter sido extinta com as atuais DCN para os cursos de EF, verifica-se que ela continua sendo ofertada por algumas IES (COSTA, L., et al., 2012).

Com base nestes resultados, os autores consideraram que apesar das atuais demandas no âmbito da saúde coletiva para os profissionais em EF, como nas equipes NASF, por exemplo, a formação para atuação neste campo de intervenção ainda é inexistente em muitos cursos de EF das capitais brasileiras (COSTA, L., et al., 2012). Apesar deste estudo não ter realizado uma análise mais aprofundada sobre o processo de formação dos cursos de EF para atuação no âmbito da saúde coletiva, restringindo esta análise à verificação da existência de componentes curriculares que abordem a temática, o estudo têm como ponto forte a abrangência da investigação, estendendo a

reflexão dos seus resultados para todas as regiões do país, nos principais centros de formação profissional.

Volski e colaboradores (2011) adotaram outra estratégia para verificar a formação em saúde das graduações do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste, em Guarapuava, no estado do Paraná. Os autores entrevistaram 42 formandos, sendo nove de enfermagem, sete de farmácia, nove de fisioterapia, oito de nutrição e nove de EF, com o intuito de compreender a percepção destes acadêmicos acerca do termo “promoção da saúde”, bem como a capacidade dos mesmos em desenvolver ações de saúde que coadunam com os preceitos do termo. Neste estudo, os autores afirmam que comumente ocorre certa confusão em diferenciar as atividades de prevenção e promoção da saúde, o que pode acarretar em uma ação em saúde equivocada. Uma vez que a distinção entre os termos configurava objeto de análise da pesquisa, os autores apresentaram uma explicação sobre as diferenças entre eles, a saber:

Conceitualmente, a prevenção de doenças consiste em se agir antes da doença, num esforço de se antecipar a ela, poupando a energia e os custos econômicos e psicológicos do tratamento, e tendo como premissa a erradicação das causas das doenças (9). Por outro lado, mas não em contradição, o conceito de promoção da saúde se apresenta de forma mais ampliada, pois não se refere a doenças ou agravos específicos e, portanto, promover significa aumentar o bem-estar e a saúde de uma forma geral, procurando fortalecer a capacidade individual e coletiva das pessoas para lidarem com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, o que demanda, inclusive, uma abordagem intersetorial (VOLSKI et al., 2011, pg. 20).

Os resultados das análises dos discursos dos participantes da pesquisa demonstraram que a maioria dos futuros profissionais da saúde, dentre eles os profissionais de EF, equiparam as ações de prevenção com as de promoção, demonstrando restrito conhecimento do que o termo promoção da saúde significa, assim como as ações que o mesmo representa. Os acadêmicos descreveram ações focadas no conceito de prevenção quando questionados como sua atuação profissional poderia contribuir para a promoção da saúde da população (VOLSKI et al., 2011). Infelizmente, o estudo não apresenta análises sobre os currículos dos cursos de saúde

investigados ou outros componentes que pudessem ter relação com o processo de compreensão do termo “promoção da saúde” por parte dos acadêmicos. Apesar desta limitação, fica evidente que as IES têm encontrado dificuldades em promover formação em conformidade com as diretrizes e com os princípios da saúde pública brasileira, contexto o qual engloba a formação em EF.

Falci e Belisário (2013) também desenvolveram um estudo com o objetivo de analisar o contexto da inserção e atuação dos profissionais em EF na atenção primária, assim como as dificuldades observadas neste processo. Contudo, diferentemente dos estudos até agora apresentados, estes autores, partindo da premissa que os cursos de graduação em EF, de forma geral, não estão conseguindo fornecer formação a contento para atuação na atenção primária (COSTA, L., et al., 2012; VOLSKI et al., 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009), direcionaram seus olhares para os atores envolvidos em um curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, uma vez que a pós-graduação configura-se como importante ferramenta pedagógica para amenizar as deficiências observadas nas graduações dos cursos de EF (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

O estudo de caso foi desenvolvido no contexto do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (CEABSF/UFMG). Tradicionalmente, esta especialização era ofertada para médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas já vinculados às Equipes de Saúde da Família. Contudo, o atual contexto das relações entre os campos da EF e da saúde coletiva, culminaram na articulação entre o CEABSF e o Conselho Regional de Educação Física da 6ª região/ Minas Gerais (CREF6/MG), a Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG e o Laboratório do Movimento/UFMG, resultando na abertura de uma turma especial no CEABSF, composta exclusivamente de profissionais de EF (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Para a coleta de dados, os autores aplicaram a técnica de grupo focal em 15 profissionais de EF que se encontravam na fase final do CEABSF e que possuíam experiência com atuação na atenção primária da saúde. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com o representante da coordenação do

CEABSF, com o representante da coordenação do curso de graduação em EF/UFMG – Bacharelado, e com o representante da presidência do CREF6/MG (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

De forma geral, os pós-graduandos indicaram que a formação que obtiveram em sua respectiva graduação foi insuficiente para capacitá-los com qualidade para a intervenção no âmbito da atenção primária. Na visão deles, os recém-formados ainda encontrarão dificuldades na atuação neste campo de intervenção, pois acreditam que esta deficiência ainda persiste nas graduações em EF, as quais ainda adotam o modelo biologicista do cuidar da saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

Eles afirmaram também que os profissionais de EF trazem para a atenção primária a dinâmica de trabalho do setor privado. Entretanto, estas áreas de intervenção possuem posturas e concepções muito diferenciadas, induzindo os profissionais de EF a realizarem ações de saúde na atenção primária em descompasso com as concepções e dinâmica de trabalho da saúde pública, em específico no SUS (FALCI; BELISÁRIO, 2013). Esta constatação coaduna-se com as reflexões de Carvalho (2012, pg. 114) que aponta “[...] que o profissional de Educação Física acaba sendo preparado para atuar, predominantemente, com indivíduos e grupos que possuem condições econômicas para pagar pelas atividades oferecidas”.

A Portaria 154/08 do Ministério da Saúde, que criou o NASF (BRASIL, 2008b), apresenta um detalhamento das ações relacionadas às práticas corporais/atividades físicas que devem ser realizadas pelas equipes NASF, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família. Contudo, apesar deste direcionamento, os pós-graduandos declararam que existe uma indefinição quanto às atribuições dos profissionais de EF na rede de serviços do SUS. Não há definição das ações a serem realizadas ou um plano de metas que as direcione. Nem mesmo os profissionais de EF têm claramente definido o seu papel no SUS e, ao chegarem, não encontram orientação. Neste contexto, as relações interprofissionais e intersetoriais tornam-se muito superficiais (FALCI; BELISÁRIO, 2013). Os relatos dos pós-graduandos encontram respaldo nas reflexões de Machado D. (2007), as quais mencionam que a lacuna na formação em EF para atuação no âmbito da saúde coletiva coloca o egresso em uma realidade de campo de

trabalho totalmente desconhecida e desconfortável, configurando, muitas vezes, em uma tarefa nada fácil ser superada.

Para todos os envolvidos nesta turma especial do CEABSF, a pós-graduação representa uma importante e eficiente ferramenta para suprir as deficiências da graduação em EF para atuação no âmbito da saúde coletiva. Contudo, de forma geral, os participantes indicaram que a reestruturação da formação inicial em EF seria o meio mais eficiente e eficaz, aproximando a formação em EF com o conceito de promoção de saúde ampliado, aumentando a oferta de componentes curriculares que abordem as temáticas relacionadas à saúde coletiva, oferecendo mais oportunidades de aproximação com os serviços de saúde do SUS e, por fim, proporcionando a discussão interdisciplinar com disciplinas e projetos integrados com graduandos de diferentes cursos da área da saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

De forma geral, apesar da evidente necessidade de reestruturação da formação em EF para atuação no campo da saúde e das propostas de mudanças, os estudos demonstraram que as perspectivas biologicista e medicalizante ainda configuram a base da formação do profissional de EF para atuação no âmbito da saúde (FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013). Como consequência, ações de saúde da EF acabam sendo centradas na prescrição de diagnóstico e avaliação, com a aplicação de protocolos norteados por parâmetros puramente biológicos (SCABAR et al., 2012).

As estruturas curriculares atuais dos cursos superiores em EF ainda são insuficientes para atender aos pressupostos teóricos e cenários de prática que contemplem conceitos e procedimentos de intervenção no âmbito da atenção básica (FALCI; BELISÁRIO, 2013; COSTA, L., et al., 2012; SANTOS; BENEDETTI, 2012; FONSECA, et al., 2011, VOLSKI et al., 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; MACHADO, D., 2007). É Interessante notar que esta percepção sobre a formação do profissional em EF não está restrita aos pesquisadores da área, visto que demais profissionais da área da saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família (PEDROSA; LEAL, 2012), em clínicas de reabilitação (DIAS et al., 2011; MINELLI; SORIANO; FÁVARO, 2009) e em hospitais (DIAS et al., 2011) também demonstraram preocupação neste mesmo sentido. Apesar das outras

categorias de profissionais da saúde reconhecerem a importância da inclusão do profissional de EF em equipes multiprofissionais de saúde, existe uma dificuldade em descrever as ações que devem ser realizadas por eles neste contexto (DIAS et al., 2011; MINELLI; SORIANO; FÁVARO, 2009). Dentre outros aspectos, o sucesso de uma equipe multiprofissional de saúde requer que cada profissional tenha ciência das habilidades e competências de cada membro de seus membros (SILVA; TRAD, 2005). Mediante estes apontamentos e a importância do trabalho multiprofissional nas ações de saúde, proporcionando uma assistência à saúde em conformidade com as diretrizes do SUS, a atuação do profissional de EF em equipes multiprofissionais será tema das reflexões do próximo tópico.

2.6 O profissional de Educação Física em equipes multiprofissionais de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família instituiu uma nova forma de organização da prática em saúde por meio de ações multidisciplinares, ou seja, a nova concepção de saúde amplia a visão da intervenção para além do âmbito individual e clínico (AZEVEDO et al., 2010; PAIM et al., 2011; SCABAR et al., 2012). Entretanto, esta mudança no modelo de assistência à saúde demanda alterações na forma de atuação e na organização do trabalho e requer alta complexidade de saberes. Neste sentido, a interdisciplinaridade no trabalho das equipes multiprofissionais de saúde se configura como uma importante ferramenta para uma abordagem mais integral e resolutiva aos problemas apresentados pelos pacientes e comunidade na qual estão inseridos (SILVA; TRAD, 2005; MARQUES et al., 2007; PEDROSA; LEAL, 2012). Um trabalho multiprofissional requer harmoniosa interação entre os diferentes profissionais de saúde que compõem a equipe e as múltiplas intervenções técnicas (MARQUES et al., 2007). Para que isto ocorra, torna-se de suma importância que cada profissional seja capaz de conhecer, analisar e integrar o trabalho de cada membro da equipe no processo coletivo, havendo a contribuição das diversas áreas da saúde no tratamento do paciente, tendo como meta uma abordagem mais ampliada, com maior eficiência e eficácia (SILVA; TRAD, 2005). Segundo Marques et al. (2007, p. 252), se “a integração

entre os profissionais não ocorre, existe o risco de repetir um modelo de atenção desumanizado, fragmentado e centrado na recuperação biológica individual”.

Dentre as deficiências identificadas até o presente momento em relação à formação em EF para atuação no campo da saúde coletiva, a falta de aproximação com os serviços e os profissionais de saúde, assim como a carência de disciplinas e projetos articulados com graduandos dos outros cursos da saúde, configuram entraves para atuação em equipes multiprofissionais de saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013; COSTA, L., et al., 2012; SANTOS; BENEDETTI, 2012; FONSECA, et al., 2011, VOLSKI et al., 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; MACHADO, D., 2007). Além disso, a EF precisa refletir sobre a fragmentação do conhecimento adotada em seus currículos, que contribui para um enfraquecimento da interdisciplinaridade em sua intervenção profissional, assim como na construção de habilidades e competências para que seja inserido num processo de assistência à saúde em equipes multiprofissionais.

Esta forma fragmentada de olhar para o próprio objeto de estudo, o movimento humano, foi identificado por Hunger e Rossi (2010) ao analisarem a formação acadêmica dos cursos de EF das universidades públicas do estado de São Paulo. Segundo as autoras, o modelo educacional adotado segmenta a compreensão do movimento humano conforme as grandes áreas da ciência (humanas, biológicas e exatas). Não há estratégias de articulação entre os componentes curriculares das diferentes áreas de conhecimento no processo de ensino-aprendizagem na formação deste profissional. A formação em EF reproduz “o positivismo, a fragmentação do conhecimento que é tão criticada, mas não superada concretamente, em termos da docência universitária” (HUNGER, ROSSI, 2010, p.178). Estas mesmas autoras, ao analisarem os fluxos curriculares das instituições investigadas, concluíram que os mesmos não dão suporte a uma formação que propicie a interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais.

As críticas apresentadas por Hunger e Rossi (2010) já haviam sido apontadas por Betti e Betti (1996) há aproximadamente 15 anos. Estes últimos autores afirmam que, no início da década de 90, influenciada pela perspectiva da EF como área de

conhecimento, assumindo autonomia na produção do conhecimento científico acerca do seu objeto de estudo, a EF fragmentou o olhar para o movimento humano no momento em que começou a analisá-lo a partir das perspectivas biológica, psicológica, sociológica, entre outras, isoladamente. Isto fundamentou um aumento considerável no número de componentes curriculares relacionados às ciências básicas e suas subdisciplinas nos currículos das graduações de EF. Este modelo de organização curricular dificulta a integração e a aplicação destes conhecimentos no contexto da prática, não existindo estratégias pedagógicas eficazes para esta integração e visualização da aplicação dos conhecimentos científicos isolados da realidade da prática profissional, incumbindo esta responsabilidade ao aluno (BETTI; BETTI, 1996). Como observado por Hunger e Rossi (2010), este problema ainda persiste na formação profissional em EF.

A fragmentação do conhecimento e a falta de articulação interdisciplinar (HUNGER; ROSSI, 2010; BETTI; BETTI, 1996), assim como a ausência de troca de saberes com outros cursos da área da saúde e não aproximação com os serviços de saúde, em específico com a saúde coletiva (FALCI; BELISÁRIO, 2013; COSTA, L., et al., 2012; SANTOS; BENEDETTI, 2012; FONSECA, et al., 2011, VOLSKI et al., 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; MACHADO, D., 2007), tem, provavelmente, contribuído para o insucesso dos profissionais de EF nas ações de saúde em equipes multiprofissionais. Como consequência desta deficiência na formação, estudos têm comprovado que profissionais de EF inseridos em Unidades de Saúde não participam das decisões e planejamentos das equipes de saúde, não ocorrendo um trabalho interdisciplinar (IZIDORO, 2009; ALCÂNTARA, 2009). Muitos destes profissionais de EF inseridos no SUS apresentam dificuldades em mencionar quais são os demais profissionais da saúde que compõem a equipe de saúde das unidades em que estão inseridos (IZIDORO, 2009).

Pedrosa e Leal (2012) constataram que enfermeiros (n=4) e médicos (n=8), que atuavam em Equipes de Saúde da Família vinculadas a quatro Unidades Básicas de Saúde, da cidade de Porto Velho, pouco conheciam ou nada sabiam sobre a Portaria

de criação do NASF, assim como dos profissionais de saúde que poderiam integrar suas equipes e a dinâmica de trabalho proposta pelo NASF. Os entrevistados argumentaram que a falta de oportunidades de realização de cursos de reciclagem ou aperfeiçoamento contribuem significativamente para o desconhecimento dos avanços da área, assim como das políticas públicas de saúde do país (PEDROSA, LEAL, 2012).

Apesar do pouco conhecimento sobre o NASF, os entrevistados se posicionaram de forma favorável a ter o suporte de um profissional de EF em sua Equipe de Saúde da Família, por meio do apoio matricial da equipe NASF. Todavia, ao serem questionados sobre a contribuição deste profissional, restringiram à prescrição e controle de exercícios físicos para a prevenção das DCNT, com ênfase na obesidade, diabetes e hipertensão (PEDROSA; LEAL, 2012). No contexto desta investigação, os resultados demonstram uma dissonância entre a percepção dos entrevistados e os objetivos promulgados pela Portaria de criação do NASF e pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) em relação aos objetivos da atuação das equipes multiprofissionais do NASF na Estratégia de Saúde da Família, assim como sobre o papel do profissional de EF neste contexto.

Os NASF devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc (BRASIL, 2011, p. 16).

Minelli e colaboradores (2009) analisaram o contexto multiprofissional de atuação do profissional de EF em uma clínica particular de saúde do norte do Paraná. A clínica pesquisada oferecia serviços relacionadas à elaboração e implementação de programas de condicionamento físico para grupos específicos, como obesos, hipertensos, diabéticos, portadores de deficiências, reabilitação de pós-operatórios, entre outros. Com a proposta de uma abordagem multiprofissional, a clínica contava

com 20 profissionais da saúde, dentre eles médicos, fisioterapeutas, psicopedagogos, pedagogos, profissionais de EF, psicólogos, nutricionistas e fonoaudiólogos. Após convite dos pesquisadores, aceitaram participar do estudo dois médicos, dois fisioterapeutas, dois profissionais de EF, um nutricionista e um psicólogo, os quais atuavam em conjunto na clínica (MINELLI et al., 2009).

Os resultados demonstraram que os participantes identificaram as ações dos profissionais de EF como pertencentes à área da saúde. Contudo, de forma geral, tiveram dificuldades em descrever quais seriam as habilidades exclusivas desempenhadas por estes profissionais. Alguns participantes até arriscaram descrevê-las, atribuindo a estes a responsabilidade na “[...] reabilitação de lesões (continuação de tratamento), acompanhamento de alunos em programas de atividade física e, também, referindo-se aos fins estéticos (emagrecimento, manter a forma física)” (MINELLI et al., 2009, p. 42). Tais resultados corroboram os achados de outros estudos (PEDROSA; LEAL, 2012; DIAS et al., 2011) que também verificaram discurso positivo quanto a inserção do profissional de EF em equipes multiprofissionais de saúde, mas que desconheciam em profundidade as habilidades deste profissional no setor.

Além desses achados, Minelli e colaboradores (2009) identificaram a existência de uma hierarquização de poder entre os profissionais de saúde, na qual o profissional de EF assumia uma posição subalterna em relação às outras profissões. Neste sentido, os autores apresentam na íntegra a fala de um entrevistado: “O médico dá o diagnóstico, o paciente trata e o profissional de Educação Física continua esse trabalho por um longo período daí” (MINELLI et al., 2009, p. 43). Semelhante discurso foi observado no estudo de Dias e colaboradores (2011), que também investigou a atuação do profissional de EF em um contexto multiprofissional de estabelecimentos privados de saúde em uma cidade do sul da Bahia.

Após transcrição das respostas, foi possível identificar que todos os entrevistados opinaram de forma favorável à atuação do PEF na área da saúde. Alguns relataram que seria interessante a atuação do PEF dentro de um trabalho multidisciplinar, deixando claro que o diagnóstico inicial ficaria por conta do médico, podendo então haver o direcionamento para o PEF (DIAS et al., 2011, p. 301).

A hierarquização das profissões da saúde é retratada na obra de Freidson (1998). Segundo o autor, num mesmo setor que integra diferentes profissões, como é o caso do setor saúde, poderá haver uma profissão com uma base de conhecimentos mais consolidada e maior *status* social, que controlará as ações do setor, estabelecendo o tipo de treinamento, a seleção das tarefas e os termos do jargão técnico. O autor comenta que no setor saúde, a medicina é a profissão que possui o mais elevado grau de *expertise*, autonomia e credencialismo; ou seja, possui conhecimento específico, exclusivo, acessível a um restrito grupo, o qual adquire um caráter esotérico, representando a sua *expertise*; as ações da medicina não passam pelo julgamento de nenhuma outra profissão da saúde, o médico toma decisões de forma autônoma, uma vez que submete a sua prática profissional ao seu próprio julgamento, o que representa sua total autonomia; o poder do Conselho Federal de Medicina representa o forte credencialismo da profissão, que regulamenta e legaliza as ações da categoria profissional, protegendo a *expertise*. Mediante este contexto, Freidson (1998) afirma que o setor saúde é dividido em dois grupos de profissões: 1) o primeiro formado exclusivamente pela medicina; e 2) o segundo constituído pelas demais profissões da saúde, que, por fim, irão fornecer suporte à medicina.

Minelli e colaboradores (2009) compartilham das ideias de Freidson (1998) quanto à hierarquização das profissões da saúde, constatando que tanto a EF como as outras profissões da saúde existentes na clínica investigada sofrem um abalo da sua autonomia e *expertise* frente a “[...] superioridade médica, que estabelece o que ser feito e como ser feito, tirando a autoridade das demais profissões no processo de tomada de decisão no trabalho em equipe” (MINELLI et al., 2009, p.51). Contudo, as profissões da saúde do “grupo secundário” (exceto a medicina), travam uma disputa de poder, para galgar um maior posto na hierarquização, tentando se aproximar da medicina. Neste contexto, a EF ainda possui baixo grau de autonomia, uma vez que os resultados de Minelli et al. (2009) mostraram que, na clínica investigada, o profissional de EF estava sempre subalterno à ordem de algum outro profissional para direcionar sua prática.

Em tese, o trabalho de uma equipe multiprofissional em saúde tem por objetivo preencher as lacunas de conhecimento entre as diferentes profissões, para que se obtenha a solução mais eficaz e eficiente para o problema em questão. Isto requer harmonização e compartilhamento dos conhecimentos entre os profissionais nas tomadas de decisão. Contudo, o contexto investigado por Minelli e colaboradores (2009) mostrou interações hierarquizadas, com práticas profissionais isoladas, conflituosas e concorrentes.

Quanto menor for o grau de hierarquização entre as profissões da saúde, ou seja, quanto menor for a desigualdade de poder entre elas, maiores serão as possibilidades de interação entre os profissionais de equipes multiprofissionais de saúde (MINELLI et al., 2009). Um dos caminhos para esta mudança de comportamento consiste em promover a aproximação das diferentes profissões da saúde durante a formação inicial, o que possibilitaria condições de romper com a cultura da fragmentação e discriminação entre os profissionais de saúde. Neste sentido, destacam-se dois programas interministeriais (ministérios da saúde e educação) que propiciam, através do modelo tutorial, a integração entre os graduandos e os profissionais de saúde de forma gradual, sendo eles: o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde) (BRASIL, 2007d) e o PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET – Saúde) (BRASIL, 2008a).

A Portaria Interministerial nº 3.019, de 26 de novembro de 2007 (BRASIL, 2007d), ampliou a possibilidade para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, a participarem do Pró-Saúde, inclusive para os graduandos dos cursos de EF. Dentre os objetivos do programa, destaca-se o de “[...] reorientar o processo de formação dos cursos de graduação da área da saúde, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS” (BRASIL, 2007d, p.1). Como consequência desta portaria, o graduando em EF passa a ter a possibilidade de estar diretamente integrado aos serviços de saúde de atenção básica do SUS durante o processo de formação, incentivando assim a reestruturação da formação e a articulação multiprofissional, de modo a fornecer novos

conhecimentos que atendam as necessidades da comunidade no que diz respeito a uma abordagem integral do processo de saúde-doença.

Similar ao Pró-Saúde, em 26 de agosto de 2008, através da portaria interministerial de nº 1.802, foi instituído o PET-Saúde (BRASIL, 2008a).

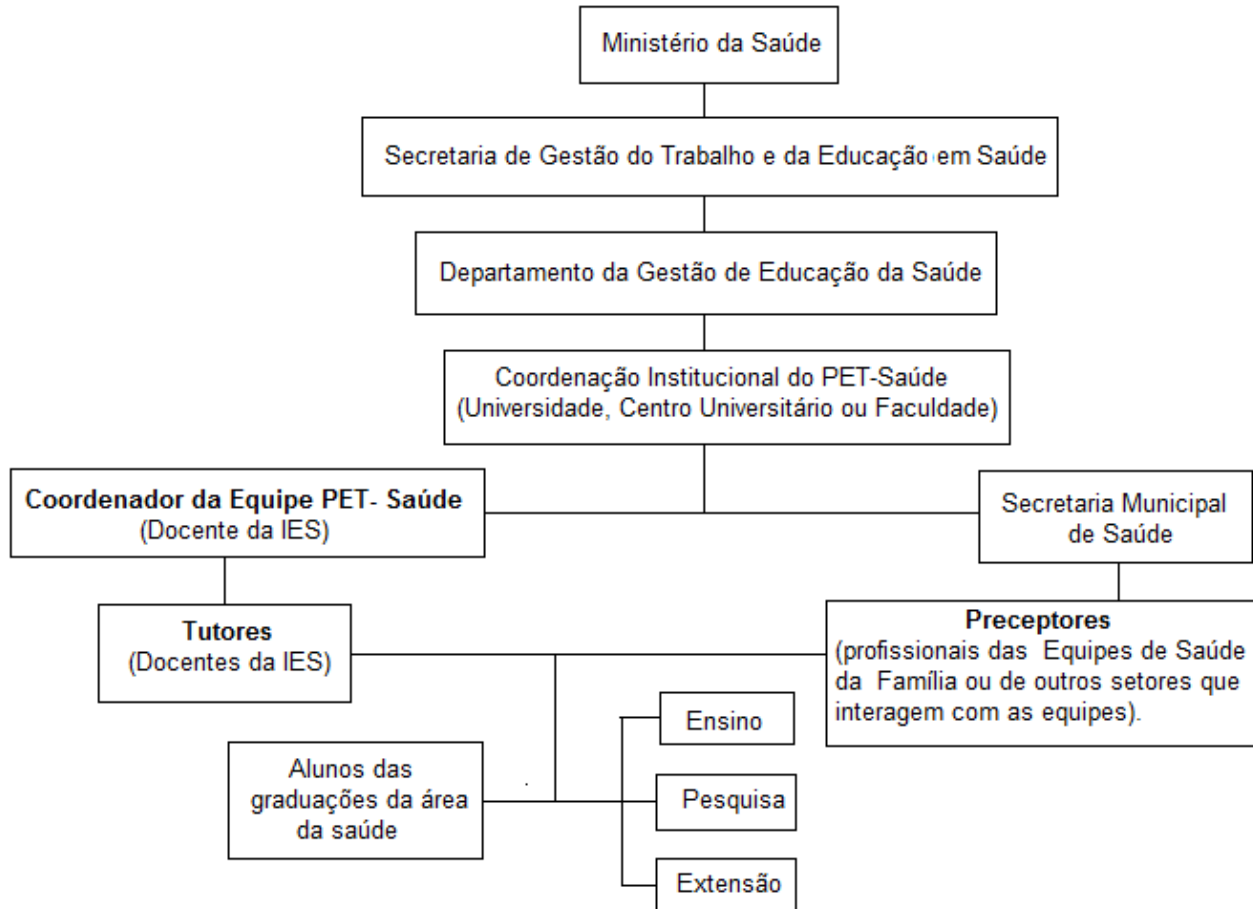
O PET-Saúde constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2008a, p.2).

O PET-Saúde se constitui em uma rica oportunidade de formação acadêmica em saúde pública para o graduando em EF, pois o programa tem por objetivo desenvolver atividades acadêmicas por meio do modelo de aprendizagem tutorial, de natureza coletiva e multiprofissional, de modo a contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País. Tanto o Pró-Saúde quanto o PET-Saúde vem no intuito de contribuir para a implementação das novas DCN dos cursos de graduação da área da saúde, propiciando a integração multiprofissional e aproximação dos estudantes com a rede de atenção básica da saúde durante o processo de formação acadêmica. A Figura 2 exemplifica a estrutura organizacional do PET-Saúde.

A participação dos graduandos dos cursos de EF no PET-Saúde tem proporcionado a publicação de relatos interessantes, os quais, de maneira geral, afirmam que tal experiência representa uma grande oportunidade de aproximação da formação em EF com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, por meio de intervenções realizadas em Unidades de Saúde e demais localidades que constituem a rede de serviços do SUS (PRADO, 2012; BERNARDONI; CARVALHO, 2012; SANTOS et al., 2011; GOERSCH et al., 2012; RODIGUES; SOUZA; PEREIRA, 2012; SILVA et al., 2012). No quesito interação multiprofissional, estes estudos relataram a participação de alunos dos cursos de Ciências Biológicas, EF, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Contudo, paralelamente à descrição dos grandes benefícios da participação nestes programas (Pró-Saúde e PET-Saúde),

ocorre a percepção, por parte dos graduandos em EF, da formação inicial insuficiente da área para atuação no contexto da atenção primária e nos serviços do SUS.

Figura 2. Estrutura Organizacional do PET-Saúde.



Fonte: Criado pelo autor com base nas informações contidas na portaria interministerial de nº 1.802 (BRASIL, 2008a).

Apesar da existência destes programas (Pró-Saúde e PET-Saúde), no ano de 2011, apenas 43 projetos do PET- Saúde Família contaram com a participação de graduandos de EF (SANTOS; BENEDETTI, 2012), ou seja, o número de estudantes que participam destes programas ainda é incipiente diante dos aproximadamente 1200 cursos superiores presenciais em EF disponíveis atualmente no país (CORRÊA et al., 2016), que registrou pouco mais de 185 mil matrículas no ano de 2008 (HADDAD et al., 2010). A formação em saúde pública para as graduações de EF não pode ficar a mercê da sorte de ter ou não a oportunidade de participar destes programas.

Em nível de pós-graduação *lato sensu*, desde o ano de 2007, a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde são espaços para o ensino em serviço na forma de especialização destinado às profissões que se relacionam com a saúde, dentre eles a EF (BRASIL, 2007b). Incontestavelmente, a pós-graduação representa uma eficiente estratégia para a complementação da formação em saúde coletiva dos graduados em EF (FREITAS et al., 2013). Contudo, esta estratégia possui dois pontos limitantes. O primeiro, assim como no caso dos programas Pró-Saúde e PET-Saúde, a participação de graduados em EF nos programas de residência ainda é inexpressiva frente a atual e crescente demanda destes profissionais nos serviços de saúde (SANTOS; BENEDETTI, 2012). A segunda limitação reside no fato de, apesar da pós-graduação representar uma forma de suprir a deficiência da graduação, a falta de aproximação com a temática relacionada à saúde pública na formação inicial pode gerar baixa inserção dos formados em EF nos programas de residência multiprofissional (FREITAS et al., 2013).

Conforme pode ser observado no presente capítulo, a mera alocação de diferentes profissionais da área saúde em um mesmo local de trabalho, formando uma equipe multiprofissional de saúde, não tem garantido a atenção integral no que diz respeito à interdisciplinaridade do serviço, seja no ambiente público (IZIDORO, 2009; ALCÂNTARA, 2009) ou no privado (MINELLI et al., 2009). Apesar das falhas na formação em EF para um desempenho de qualidade em equipes multiprofissionais de saúde, o problema da interação multiprofissional em saúde existe independentemente da presença do profissional da EF na equipe (MARQUES et al., 2007; SILVA; TRAD, 2005), ou seja, é preciso refletir e reestruturar a formação dos profissionais da área da saúde em geral para que os mesmos tenham suporte teórico e prático para exercerem suas funções conforme os pressupostos da interdisciplinaridade que regem as novas tendências de trabalho das equipes multiprofissionais de saúde, em específico na Estratégia de Saúde da Família.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de pesquisa.

A presente pesquisa teve uma abordagem qualitativa. De forma complementar, como será descrito neste capítulo, foi realizado um levantamento quantitativo referente à constituição do corpo de conhecimento dos cursos superiores de Educação Física investigados. Estes dados quantitativos foram analisados a partir de um enfoque qualitativo. Esta abordagem multimétodo foi adotada com o intuito de obter uma visão mais holística do fenômeno investigado (MINAYO et al., 2005).

Recentemente, o campo da EF tem se apropriado do método qualitativo de pesquisa, que consiste em um método científico de solução de problemas, não havendo necessariamente a formulação de hipóteses no início da pesquisa e utilizando questões gerais para nortear o estudo (THOMAZ et al., 2007). Segundo Thomaz e colaboradores (2007, p.31) o método qualitativo de pesquisa permite que o estudo possa progredir “[...] em um processo indutivo de desenvolvimento de hipóteses e teoria à medida que os dados são revelados”. A presença do pesquisador se torna marcante neste processo de coleta de dados, uma vez que a observação e construção de instrumentos semi-estruturados para realização de entrevistas e aplicação de questionários costumam ser as técnicas mais utilizadas (RICHARDSON, 1999; THOMAZ et al., 2007).

Serão utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados para ampliar as fontes de informação, objetivando uma análise holística do fenômeno. A técnica de análise documental consiste em um conjunto de operações que visa estudar e analisar um ou vários documentos com o objetivo de representar o conteúdo do mesmo, normalmente a respeito de uma temática específica, de forma diferente da original a fim de facilitar a sua consulta e referência (RICHARDSON, 1999; BARDIN, 2009). “A análise documental permite passar de um documento primário (em bruto) para um documento secundário (representação do primeiro)” (BARDIN, 2009, p. 47). Neste sentido, tal técnica foi aplicada com o intuito de analisar fontes primárias, como documentos,

estatísticas, leis e resoluções, por exemplos, com o intuito de descrever e analisar o fenômeno em questão, bem como comparar com dados da realidade quando se tratar de documentos históricos (MATTOS et al., 2008). Tanto o processo de escolha dos documentos quanto o procedimento de análise dos mesmos serão descritos posteriormente em outros tópicos neste mesmo capítulo.

Outra técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista. A palavra entrevista é constituída a partir de dois termos: “entre” e “vista”. O primeiro se refere à relação espacial entre duas pessoas; já o segundo se refere ao ato de ver (RICHARDSON, 1999). Logo, o termo entrevista pode ser compreendido como o “[...] ato de perceber realizado entre duas pessoas” (RICHARDSON, 1999, p. 208). Normalmente, o procedimento de entrevista se refere a um processo no qual o entrevistador, por meio de um conjunto de perguntas pré-estabelecidas, leva o entrevistado a responder seus questionamentos em uma dinâmica de comunicação bilateral (RICHARDSON, 1999).

A subjetividade está muito presente nesta técnica de coleta de dados, pois o entrevistado fala a partir do seu próprio sistema de pensamentos, seus processos cognitivos, valores, emoções e representações (BARDIN, 2009). Neste sentido, esta técnica apresenta algumas limitações, visto que pesquisador fica a mercê das opiniões dos entrevistados, ou seja, “[...] as pessoas podem não ser sinceras em relação ao que realmente fazem ou sentem e dar respostas percebidas como socialmente desejáveis” (THOMAZ et al., 2007, p.254). Contudo, há muito tempo os pesquisadores sociais utilizam entrevistas, de modo que existe farta discussão sociológica sobre o método desta técnica, as fontes dos vieses que aí podem ocorrer e como estes podem ser estimados e minimizados (THOMPSON, 1992). Dessa maneira, com o objetivo de melhor validação dos resultados, tanto a técnica de aplicação da entrevista como o processo de análise dos seus resultados seguirão rigorosos procedimentos metodológicos propostos pela literatura especializada e estão descritos em detalhes mais adiante neste mesmo capítulo.

3.2 Questões éticas.

Em função da realização das entrevistas, ocorrerá um intenso contato pessoal com os participantes da presente pesquisa. Sendo assim, os procedimentos éticos postulados pela Resolução nº 196/96⁷ do CNS foram adotados (CNS, 1996), garantindo aos participantes o direito da privacidade e anonimato, além de completo conhecimento dos objetivos e procedimentos empregados na presente pesquisa. Para isto, foi confeccionado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), documento que foi lido e assinado pelo participante do estudo.

O presente projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual de Santa Cruz, via Plataforma Brasil (ANEXO A). Os procedimentos éticos adotados também tiveram a função de estabelecer um laço de confiança entre pesquisador e participantes. Por se tratar de uma pesquisa que utilizará da técnica de entrevista, torna-se de suma importância que os participantes se sintam como parte importante do processo, que tenham a plena convicção de que seus direitos serão preservados e que suas informações serão importantíssimas para a conclusão da pesquisa. Tal laço de confiança pode contribuir para que os voluntários apresentem comportamento natural e franco durante o processo de coleta de dados (THOMAZ et al., 2007).

3.3 Universo da Pesquisa.

Os participantes foram selecionados de forma intencional não probabilística (THOMAZ et al., 2007). Segundo Chien (1981 apud THOMAZ et al., 2007, p.300) “na pesquisa qualitativa, a seleção dos participantes é proposital, o que, em essência, significa que escolhemos a amostra a partir da qual podemos aprender mais.”

Como critério de inclusão, a graduação deveria ter como ênfase de formação a atuação no campo da saúde e ter pelo menos uma turma de alunos já formada. O estudo buscou investigar graduações ofertadas por Universidades consideradas de

⁷ A presente pesquisa foi aprovada pelo referido Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos anteriormente a publicação da Resolução 466 de Dezembro de 2012, que institui as atuais diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

excelência na formação de recursos humanos na área da educação física brasileira, de modo a servirem como parâmetro para estudos acadêmicos e base de formação em Educação Física do país. Nesse contexto, optou-se por investigar duas graduações ofertadas pela Universidade brasileira que é a melhor ranqueada internacionalmente, sendo referência na formação no campo da educação física no Brasil, tanto na formação inicial (graduação) quanto na pós-graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado).

Em função do tipo de abordagem adotada (qualitativa), da profundidade de análise e do tempo pré-determinado para realização da pesquisa, seria inviável metodologicamente a análise de um extenso número de graduações. Dessa maneira justifica-se a restrição a duas graduações.

Apesar das duas graduações investigadas serem ofertadas pela mesma Universidade, elas estão localizadas em diferentes cidades, com Projeto Político Pedagógico e corpo docente distintos. A seguir, são apresentadas as características gerais de cada uma delas.

O **Curso A** iniciou suas atividades no ano de 2009 e tem, até o presente momento, três turmas formadas, sendo considerado, portanto, um curso recente. O currículo é organizado de forma disciplinar, distribuído ao longo de oito semestres e com atividades acadêmicas que ocorrem em período integral. A carga horária total do Curso A é de 3.405 horas, podendo ser extrapolada em função do número de componentes curriculares optativos que o aluno cursar. São oferecidas 60 vagas anuais. Os dois primeiros anos são comuns a todos os graduandos, sendo que a partir do quinto semestre o aluno pode direcionar sua formação com ênfase para a área da saúde ou do esporte (USP, 2015b).

De forma geral, “[...] o curso visa formar um profissional generalista com visão humanística, crítica, reflexiva e inserida no contexto histórico, cultural e político vigente” (USP, 2015b, p.1).

No caso da ênfase em saúde, o PPP prevê que o egresso irá obter “[...] conhecimento científico e pedagógico sobre a relação entre exercício físico e as condições de saúde nos diferentes ciclos de vida [...]” (USP, 2015b, p.1), de forma a

capacitá-lo a atuar em clubes, academias, empresas, clínicas, hospitais e programas de políticas públicas por meio de atividades de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. A intervenção profissional será eficaz e baseada em preceitos éticos (USP, 2015b).

O currículo da ênfase em saúde tem por objetivo formar um profissional capaz de:

- ✓ Identificar os riscos à saúde relacionados à inatividade física;
- ✓ Conhecer diferentes doenças e deficiências e identificar o exercício físico apropriado para a prevenção ou como recurso complementar a terapia;
- ✓ Elaborar dentro de um contexto crítico-reflexivo programas de exercício físico para a promoção da saúde; (USP, 2015b, p. 2)

Os alunos devem entregar uma monografia de conclusão de curso ao final do oitavo semestre, a qual será avaliada por uma banca de especialistas da área temática do trabalho. As informações referentes ao Estágio Supervisionado serão apresentadas no capítulo Resultados. Por último, o PPP não apresenta as bases legais do curso.

O **Curso B**, por sua vez, teve suas atividades iniciadas em 2005. Esta graduação possui pioneirismo em dois aspectos, além de ser a primeira graduação em educação física com formação direcionada especificamente para atuação no campo da saúde, é pioneira na adoção da Aprendizagem Baseada em Problema em seu Projeto Político Pedagógico (USP, 2014a).

O PPP do Curso B foi criado com base nas DCN do curso de graduação em EF, estabelecidas pelos pareceres CNE/CNS 07/2005 e 213/2008. O PPP menciona que o curso também atende exigências das Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação para os cursos da área da saúde, especificamente sobre a organização da grade curricular, eixos de formação e aproximação com as diretrizes e serviços do SUS (USP, 2014a).

O Curso B tem carga horária mínima de 3270 horas, distribuída em oito semestres, no período vespertino (algumas disciplinas optativas são oferecidas no período matutino ou aos sábados), sendo disponibilizadas 60 vagas anuais. Além do cumprimento dos créditos relacionados às disciplinas, os alunos precisam apresentar o Trabalho de Conclusão de Curso e cumprir as atividades de Estágio Supervisionado

(USP, 2014a). As características do Estágio Supervisionado serão apresentadas no capítulo Resultados.

A matriz curricular deste curso possui uma característica interessante, que é o Ciclo Básico, que além de conter disciplinas introdutórias da área da EF, são realizados os projetos de resolução de problemas (Aprendizagem Baseada em Problema). Para este último, no primeiro semestre do curso, são formadas turmas compostas com discentes e docentes de diferentes graduações, possibilitando uma discussão interdisciplinar e multiprofissional sobre as questões abordadas. Já no segundo semestre, ainda seguindo o modelo pedagógico da Aprendizagem Baseada em Problema, são formadas turmas compostas por discentes e docentes do mesmo curso, abordando assuntos específicos da profissão em destaque. A partir do terceiro semestre são ofertadas as demais disciplinas obrigatórias e optativas da matriz curricular, específicas da área da Educação Física (USP, 2014a).

O curso B tem como objetivo geral “estudar as relações entre a saúde do ser humano e as práticas corporais e de atividade física como meio de favorecer e estimular o bem estar individual e coletivo” (USP, 2014a, p. 4). Em específico, o curso pretende:

- atender à formação do profissional para atuar junto a programas voltados à saúde das pessoas por meio de atividades físicas e práticas corporais;
- ampliar a visão científica da área por meio de serviços estruturados e orientados;
- responder à demanda social de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis por meio de programas de atividade física orientadas à prevenção em saúde. (USP, 2014a, p. 10).

Almeja-se formar um profissional de EF capaz de atuar individualmente ou integrado a equipes multiprofissionais de saúde, utilizando conhecimentos acadêmicos e profissionais sobre a utilização das atividades físicas e práticas corporais como meio de estimular a saúde e a qualidade de vida das pessoas em diferentes ciclos de vida (infância, adolescência, fase adulta e idoso), ou com necessidades específicas (gestantes, atletas, pessoas com deficiência ou patologias, por exemplo). A formação tem como meta principal formar profissionais para atuar na rede de serviços do SUS,

clínicas de saúde, hospitais e empresas/instituições que oferecem serviços de atendimento à saúde das pessoas (USP, 2014a).

Após a descrição das características gerais das graduações, serão apresentados os critérios de inclusão dos participantes do estudo, pois além da consulta de documentos para obtenção de dados, o presente estudo coletou informações por meio de entrevistas com docentes de ambos os cursos. Ser responsável por ministrar pelo menos uma disciplina, obrigatória ou optativa, da matriz curricular do seu respectivo curso que continha a palavra saúde embutida no programa de ensino foi um critério para a inclusão.

Após a análise dos programas de ensino das disciplinas que compunham as matrizes curriculares de ambas as graduações, referentes ao ano de 2015, foram selecionadas 14 disciplinas do Curso A e 26 do Curso B. As Tabelas 7 e 33, no capítulo Resultados, apresentam as características gerais destas disciplinas para o Curso A e para o Curso B, respectivamente. Tendo como referência as disciplinas selecionadas, obteve-se uma lista de 10 docentes do Curso A e 16 docentes do Curso B. Também era necessário entrevistar pelo menos um docente de cada graduação que tivesse aproximação e pleno conhecimento das atividades de estágio supervisionado.

Os docentes do Curso A foram os primeiros a serem convidados a participar da pesquisa. Sendo assim, no mês de Abril de 2015 foram enviados convites a todos os docentes via correspondência eletrônica (e-mail) (APÊNDICE B). Todos os docentes do Curso A responderam as comunicações, sendo que oito deles aceitaram participar do estudo e dois declinaram do convite. No mês de Maio de 2015 foram enviados convites aos 16 docentes do Curso B. Destes, 13 responderam as comunicações, sendo que oito concordaram em participar da pesquisa e cinco declinaram do convite. Três docentes não retornaram as mensagens. Neste caso, também houve a tentativa de contato via telefone, mas sem sucesso. Por fim, um total de 16 entrevistas foram agendadas, oito para cada curso. Dentre os docentes que aceitaram participar da pesquisa, três deles tinham aproximação e pleno conhecimento das atividades de estágio supervisionado, sendo um docente do Curso A e dois do Curso B. Os

procedimentos de agendamento e bem como a realização das entrevistas estão descritos em detalhes mais adiante neste mesmo capítulo.

3.4 Instrumento.

3.4.1 Entrevista.

Há uma vasta literatura especializada que oferece importantes direcionamentos para que o processo de elaboração e aplicação de uma entrevista seja perfeitamente compatível com os padrões acadêmicos, atribuindo confiabilidade às evidências encontradas (THOMPSON, 1992; BARDIN, 2009; RICHARDSON, 1999; THOMAZ et al., 2007). Com base na leitura destes textos pode-se identificar quatro categorias de procedimentos a serem levados em consideração na utilização da técnica de entrevista em uma pesquisa científica, a saber: 1) O desenvolvimento das habilidades do entrevistador; 2) O processo de elaboração da entrevista; 3) Os procedimentos adotados antes, durante e após a entrevista; e 4) A análise dos resultados. A seguir, tomando como base a literatura especializada, serão descritos os procedimentos adotados neste estudo para que a técnica da entrevista possa atender aos padrões acadêmicos e garantir a confiabilidade científica dos dados. Contudo, as categorias relacionadas aos “procedimentos adotados antes, durante e após a entrevista” e “análise dos resultados” serão abordados mais adiante neste mesmo capítulo, mas em tópicos específicos.

3.4.2 O entrevistador.

Primeiramente, para ser um entrevistador bem sucedido é necessário um conjunto de habilidades, as quais alguns adquirem imediatamente, enquanto outros precisam aprendê-las (THOMPSON, 1992). Dentre estas, podemos citar algumas: certa compreensão das relações humanas; capacidade de demonstrar compreensão e

simpatia pela opinião dos entrevistados, e, acima de tudo, disposição para ficar calado e escutar (THOMPSON, 1992). Este processo de aquisição de habilidade se inicia com uma vasta leitura da literatura específica disponível sobre a técnica de entrevista. Além disso, a experiência prática é fundamental. Neste sentido, o presente autor já possui experiência com o desenvolvimento desta técnica em outros trabalhos científicos (MENEZES; SILVA; DRIGO, 2011; PEREIRA, 2006; OGATA, 2005). Contudo, o processo de aquisição de habilidade continua, pois gravar o próprio desempenho na condução das primeiras entrevistas e analisá-las posteriormente contribui para a experiência do pesquisador (THOMAZ et al., 2007).

Algumas recomendações importantes são feitas quanto à postura do entrevistador. Estar frequentemente confuso e pedindo desculpas, por exemplo, é simplesmente desconcertante e deve ser evitado, especialmente como um modo de fazer perguntas pessoais e delicadas, uma vez que só serve para passar para o informante o seu próprio constrangimento (THOMPSON, 1992). Estar bem preparado demonstra aproximação com a temática, interesse e passa confiança ao entrevistado.

Alguns cuidados podem ser tomados com o intuito de aproximar entrevistado e entrevistador. Neste sentido, é importante que se obtenha, o mais rápido possível, um conhecimento das práticas e das terminologias locais dos grupos a serem entrevistados. Expressar suas opiniões acerca do assunto, especialmente no início da entrevista, provavelmente, possibilitará a obtenção de respostas que o informante considera que você gostaria de ouvir e, por isso, serão dados menos confiáveis, ou no mínimo duvidosos como evidência (THOMPSON, 1992).

Após a pergunta, espera-se que o entrevistador demonstre interesse pelo informante, permitindo-lhe falar sem interrupções e, se necessário, proporcione ao entrevistado alguma orientação a respeito do que discorrer. Uma entrevista não é um diálogo ou uma conversa. Tudo o que interessa é fazer o informante falar, não devendo o entrevistador introduzir seus comentários ou histórias. O pesquisador entrevistador nunca deverá contradizer o informante ou discutir com ele, pelo contrário, quanto mais demonstrar simpatia e compreensão pelo ponto de vista de alguém, mais você poderá saber sobre ele (THOMPSON, 1992).

3.4.3 *Elaboração da entrevista e técnica de aplicação.*

Foi elaborado especificamente para este estudo um roteiro de entrevista. Para a confecção deste roteiro buscou-se elaborar questionamentos que fossem tão simples e diretos quanto possível, em linguagem comum (THOMPSON, 1992), com palavras claras e compreensíveis, de modo que o entrevistado compreendesse o que estava sendo perguntado (THOMAZ et al., 2007).

Os participantes utilizaram o tempo que acharam necessário para expor suas opiniões. Contudo, a literatura especializada alerta que entrevistas muito longas podem provocar um desgaste no entrevistado, gerando uma perda de qualidade das informações (RICHARDSON, 1999). Este viés foi levado em consideração no processo de elaboração do roteiro da entrevista e na realização da mesma.

A técnica utilizada para se aplicar uma entrevista depende do contexto e do objetivo da pesquisa, assim como do tipo de informações necessárias em função do problema a ser pesquisado (RICHARDSON, 1999). Em função dos diferentes tipos de informações que foram obtidas nas entrevistas, como será descrito a seguir, foram utilizadas diferentes técnicas de aplicação, cada uma adequando-se o tipo de informação a ser capturada.

O roteiro de entrevista do presente estudo foi elaborado de forma a obter informações sobre três tópicos, são eles:

- o conceito de saúde dos docentes e a opinião destes a respeito do papel do profissional de EF no campo da saúde (**Bloco 1**);
- para a Análise do Corpo de Conhecimento (**Bloco 2**);
- o Estágio Supervisionado (**Bloco 3**).

Todas as entrevistas eram compostas pelos Blocos 1 e 2, e em apenas 3 delas o Bloco 3 estava presente. Cada bloco terá sua estrutura e técnica de aplicação descritos individualmente.

O **Bloco 1** era composto por duas perguntas norteadoras:

- Qual o seu conceito de saúde?

- Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Neste bloco, seguiu-se um roteiro pré-determinado para garantir a comparabilidade das informações, o que auxiliou na sistematização das categorias de análise no processo de codificação do discurso de cada um dos entrevistados. Apesar dos questionamentos formulados a priori, a entrevista semi-estruturada possui a flexibilidade de se adicionar, quando necessário, novas perguntas (RICHARDSON, 1999; THOMAZ et al., 2007). No entanto, novos questionamentos foram realizados somente em situações extremamente necessárias. O objetivo era deixar o docente expor suas opiniões com a menor interferência possível do pesquisador.

No **Bloco 1** foi adotada a abordagem denominada de “objetiva/comparativa” (THOMPSON, 1992). Esta é baseada em roteiro semi-estruturado, em que o pesquisador entrevistador mantém o controle e faz uma série de perguntas comuns a todos os entrevistados. Este método possibilita produzir um material que transcenda o respondente individual e possa ser utilizado para fins comparativos. No entanto, o entrevistador precisa ter a sensibilidade e flexibilidade para deixar de lado o roteiro quando necessário, para que essa abordagem possa gerar de fato um material útil (THOMPSON, 1992). A abordagem da entrevista “objetivista/comparativa” apresenta alta compatibilidade com os objetivos do presente estudo, uma vez que buscou-se identificar e comparar as opiniões de diferentes grupos sociais a respeito do processo de formação em EF para atuação no âmbito da saúde coletiva.

O **Bloco 2** constituiu parte dos procedimentos previstos para a Análise do Corpo de Conhecimento das graduações, conforme proposto por Kirk et al. (1997). Este bloco tinha início com um curto texto apresentando o modelo teórico adotado para a análise do corpo de conhecimento das graduações (APÊNDICE C), que foi brevemente explicado pelo pesquisador durante a entrevista. Na sequência, os docentes iniciaram um relato sobre as disciplinas que ministram no curso com base nos seguintes questionamentos: Quais são os objetivos e a dinâmica de trabalho da disciplina? Como os alunos são avaliados? À medida que surgia a necessidade, outras perguntas eram realizadas a fim de que o pesquisador tivesse pleno entendimento de como a disciplina

era desenvolvida. Atingido este ponto de entendimento, o pesquisador realizou o último questionamento:

- Levando em consideração a carga horária da disciplina, o Professor poderia indicar no quadro abaixo, em porcentagem (%), a proporção entre os diferentes tipos de conhecimentos nos eixos vertical (biofísico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico supracitado?

Eixo Horizontal		Eixo Vertical	
Acadêmico	Profissional	Biofísico/ Biodinâmico	Sociocultural

O número de perguntas deste bloco variou em função da quantidade de disciplinas que o docente era responsável por ministrar, uma vez que a sequência de perguntas acima mencionada era repetida para cada disciplina que o docente ministrava. Neste bloco, a entrevista teve um caráter de “diálogo”, uma vez que o objetivo não era obter respostas para fins comparativos ou elaboração de categorias de sentido, mas sim a compreensão da estrutura e dinâmica das disciplinas para determinação do Corpo de Conhecimento do curso.

O **Bloco 3** compôs o roteiro de perguntas de somente três docentes. Neste momento da entrevista também teve um caráter de “diálogo”, pois se buscou uma compreensão da estrutura e dinâmica das disciplinas de Estágio Supervisionado, assim como um entendimento dos locais e atividades que compunham o campo de estágio dos alunos. Este bloco teve as seguintes perguntas norteadoras:

- Qual a dinâmica das disciplinas de Estágio Supervisionado? Qual a diferença entre elas?
- Quais são os tipos de locais em que o Estágio Supervisionado do curso tem sido realizado?
- Teriam alguns locais de estágio que têm recebido alunos com maior frequência? Quais seriam estes locais?

Antes da realização da entrevista com estes docentes, o pesquisador teve acesso ao PPP de ambas as graduações, aos programas de ensino das disciplinas de

estágio supervisionado, assim como aos regulamentos e normativas do estágio supervisionado. Em particular para estes docentes, o e-mail convite mencionava uma etapa da entrevista relacionada ao estágio supervisionado, diferenciando-se do convite aos demais (APENDICE D).

Além das informações relacionadas à temática da pesquisa, foram incluídas algumas informações de identificação e caracterização do participante. O Apêndice C apresenta o roteiro de entrevista, com os Blocos 1, 2 e 3.

3.5 Procedimentos.

3.5.1 Procedimento para coleta de dados da análise documental.

Os documentos analisados foram obtidos por meio digital (*internet*), uma vez que os mesmos estavam disponíveis ao público nos sites dos cursos. A coleta destes documentos foi realizada entre os meses de Dezembro de 2014 e Janeiro de 2015.

Abaixo a discriminação dos documentos coletados por curso:

- Curso A
 - Projeto Pedagógico
 - Grade Curricular
 - Planos de Ensino das disciplinas que compõem a grade curricular
 - Regulamento do Estágio Supervisionado
- Curso B
 - Projeto Político Pedagógico
 - Grade Curricular
 - Planos de Ensino das disciplinas que compõem a grade curricular
 - Orientações para a realização de Estágio Supervisionado
 - Portaria que dispõe sobre a regulamentação de estágios curriculares, obrigatórios ou não obrigatórios, a serem realizados por alunos de graduação.

3.5.2 Procedimentos para as entrevistas.

O primeiro contato com os participantes foi realizado via comunicação eletrônica (e-mail) (APÊNDICES A e D). Após este primeiro contato, novas mensagens eletrônicas e, em alguns casos, conversas ao telefone foram realizadas para sanar as dúvidas dos participantes. Somente após assinatura do TCLE é que foi agendada a data e o horário da entrevista. O período em que ocorreram as entrevistas com os docentes do Curso A foi de Abril a Julho de 2015, enquanto que para os docentes do Curso B foi de Junho a Setembro de 2015. As entrevistas tiveram duração média de $63,9 \pm 22,4$ minutos. Todas as entrevistas foram realizadas via videoconferência pelo programa Skype™ (Versão 7.14.0.106), disponível gratuitamente na *internet*. As entrevistas foram individuais e sempre conduzidas pelo mesmo pesquisador, sendo considerado o método mais adequado para se obter opiniões aprofundadas acerca de um tema (THOMPSON, 1992).

Apesar das entrevistas terem ocorrido em ambiente virtual de videoconferência, apenas o áudio foi gravado para fins de análise. Para isto, foi utilizado o aparelho de áudio digital (Sony PCM-50). A utilização de um gravador consiste no método mais comum de registro, pois preserva de forma intacta a parte verbal para análise posterior (THOMAZ et al., 2007). Contudo, algumas recomendações são importantes, pois o principal problema da utilização deste equipamento é o mau funcionamento ou manejo inadequado do aparelho (THOMAZ et al., 2007). Neste sentido, com o objetivo de evitar perda de informações por eventuais problemas técnicos, dois cuidados foram tomados. Primeiramente, antes de iniciar a entrevista propriamente dita, o pesquisador verificou possíveis problemas de acústica no local, instalando cuidadosamente o equipamento, como proposto por Thompson (1992). Além disso, um segundo método de gravação foi utilizado simultaneamente ao aparelho de áudio, utilizando-se o programa *Almoto Call Recorder for Skype* (Copyright© 2015 Almoto), disponível gratuitamente na *internet*.

Ao iniciar a entrevista, o pesquisador evitou uma abertura formal ao microfone, por exemplo: “Esta fita é de fulano entrevistando Beltrano em tal lugar”. Este

procedimento poderia formalizar demasiadamente o ambiente e esfriar a aproximação entre o pesquisador e o informante, como adverte Thompson (1992). Por isso, a entrevista teve início com a explicação do tema do projeto e a maneira como o informante poderia auxiliar no desenvolvimento da pesquisa, como proposto por Richardson (1999). Na sequência, o pesquisador disponibilizou o roteiro de entrevista para o participante e descreveu o que seria realizado em cada Bloco de perguntas. A entrevista propriamente dita foi iniciada depois de sanadas todas as dúvidas do participante. Neste processo, são de suma importância a sinceridade e o cumprimento de qualquer promessa por parte do pesquisador (THOMPSON, 1992). Ao término das perguntas o pesquisador não encerrou imediatamente a entrevista, permanecendo um pouco mais em companhia do participante, pois é muito importante “dar algo de si, mostrar simpatia e apreço em retribuição ao que lhe foi dado” (THOMPSON, 1992; p.273).

Todas as gravações apresentaram boa qualidade de áudio, não ocorrendo nenhuma perda de informação. As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador e posteriormente validadas pelos entrevistados (APÊNDICE E). Os arquivos digitais das entrevistas permanecerão armazenados pelo pesquisador pelo período de cinco anos após o término da pesquisa, conforme determinações das diretrizes éticas (CNS, 2012). Foram utilizados códigos para identificação dos sujeitos nas falas que foram transcritas no corpo do texto do trabalho.

3.6 Análise dos dados.

3.6.1 Análise documental.

A análise dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos constituiu o primeiro contato mais aprofundado do pesquisador com o universo da pesquisa. Por meio destes documentos foi possível ter uma compreensão das características gerais das graduações, como o perfil, habilidades e competências do egresso almejado, os

objetivos do curso, a carga horária, a base legal, a estrutura curricular e assim por diante.

Além dessas informações gerais, estes documentos auxiliaram em três pontos específicos, a saber: Estágio Supervisionado, conceito de saúde e Análise da Base de Conhecimento.

No caso do Estágio Supervisionado, além das informações dos Projetos Políticos Pedagógicos, foram consideradas as informações contidas nos documentos específicos do Estágio Supervisionado dos cursos, permitindo uma análise das estratégias de aproximação entre os graduandos e o campo profissional, em específico às atividades profissionais relacionadas ao campo da saúde. Tais informações fomentaram a construção dos subcapítulos “**Estágio Supervisionado**” no capítulo “**Resultados**”, para ambos os cursos.

O conceito de saúde foi investigado tanto nos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos quanto nos programas de ensino que continham a palavra “saúde”. Neste caso, a análise foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temático proposta por Bardin (2009). A descrição dos procedimentos desta análise será apresentada mais adiante neste mesmo capítulo, mas em tópico específico.

Por fim, o Projeto Político Pedagógico e os Planos de Ensino também auxiliaram nos procedimentos da Análise do Corpo de Conhecimento proposto por Kirk et al. (1997), que será apresentado em detalhes a seguir em tópico específico.

3.6.2 Análise das entrevistas

Conforme mencionado, as entrevistas coletaram informações para três diferentes finalidades, determinando diferentes análises de seu conteúdo.

O Bloco 1 do roteiro de perguntas teve como objetivo identificar o conceito de saúde dos docentes, assim como a opinião destes a respeito do papel do profissional de educação física no campo da saúde. As respostas a estas questões foram analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo Temático proposta por Bardin (2009). A utilização desta técnica de análise permitiu a codificação das falas em

categorias de sentido, possibilitando uma condensação e melhor visualização dos achados, assim como comparações entre as diferentes fontes de informações. A descrição detalhada da aplicação desta análise, tanto para o conteúdo das entrevistas quanto para os documentos, será apresentada a seguir em tópico específico.

O Bloco 2 de perguntas consiste em uma etapa dos procedimentos para a Análise do Corpo de Conhecimento, conforme proposta de Kirk et al. (1997). Desse modo, a descrição da análise e a forma de utilização das informações obtidas neste momento da entrevista serão apresentadas em tópico específico adiante neste capítulo.

Por último, o Bloco 3 objetivou coletar informações complementares a respeito do Estágio Supervisionado, principalmente em relação a constituição do campo de estágio na área da saúde, identificando suas potencialidades e limitações.

3.6.3 *Análise de Conteúdo*

A utilização da Técnica de Análise de Conteúdo no presente estudo teve Bardin (2009) como referencial teórico, que define esta metodologia da seguinte maneira:

O que é a análise de conteúdo atualmente? Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de frequências que fornece dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos, do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. (BARDIN, 2009, p.11).

A análise de conteúdo consiste na aplicação de um conjunto de técnicas sistemáticas e objetivas na descrição do conteúdo das comunicações, sejam elas documentos, entrevistas, discursos, propagandas, etc. Apesar da aplicação de técnicas sistemáticas e objetivas, como a frequência de aparição de determinados termos, a própria autora alerta que a análise de conteúdo precisa ter um equilíbrio entre a objetividade e a subjetividade, ou seja, também considerar as figuras de linguagem,

reticências e entrelinhas das mensagens. O objetivo é aplicar um tratamento às comunicações de forma a evidenciar indicadores que permitam inferir sobre outra realidade que não da mensagem (BARDIN, 2009).

A aplicação das Técnicas de Análise de Conteúdo visa à superação da incerteza das inferências obtidas na análise das comunicações, como afirma Bardin (2009; p. 31).

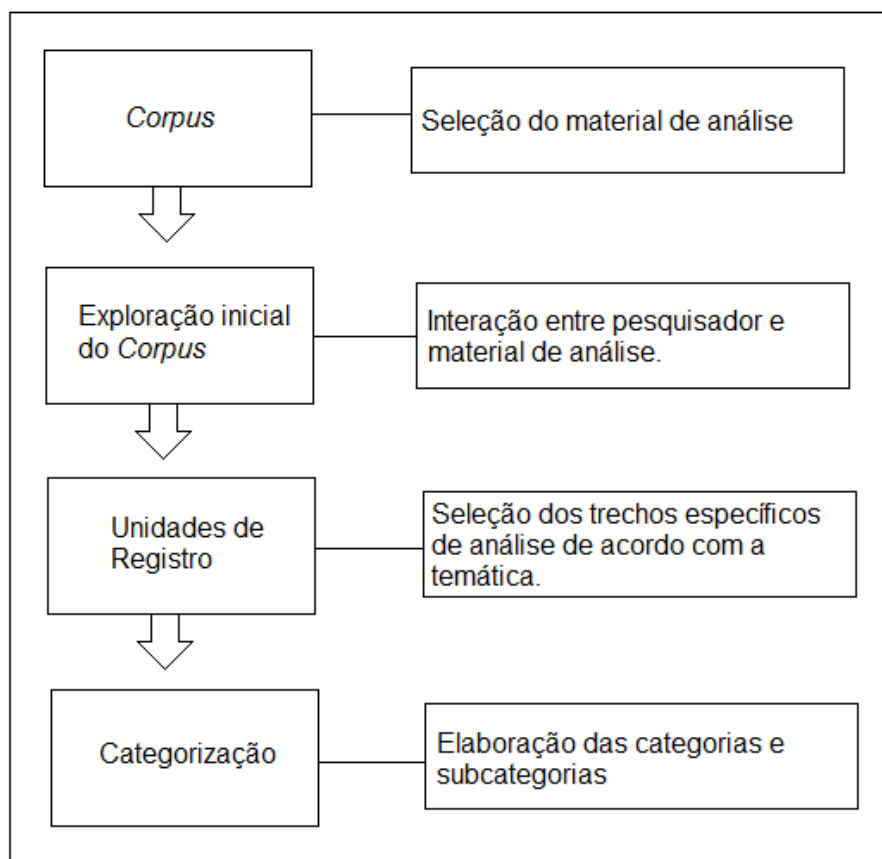
- a *superação da incerteza*: o que julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta “visão” muito pessoal ser partilhada por outros?

Por outras palavras, será a minha leitura válida e generalizável?

A fim de atender aos pressupostos apresentados por Bardin (2009), a presente pesquisa utilizou a análise de conteúdo tanto em seu viés quantitativo quanto qualitativo, de forma a propiciar maior clareza no diagnóstico dos resultados. Na abordagem qualitativa considerou-se a presença ou ausência de itens de sentido nos conteúdos das mensagens em referência ao tema investigado. Já na abordagem quantitativa foi computada a frequência absoluta de palavras, termos e trechos que atribuíam o sentido das mensagens. O processo de análise consistiu de quatro etapas, como apresentado pela Figura 3.

A primeira tarefa constitui na definição do material que seria alvo da análise, que segundo Bardin (2009) é denominado de *corpus*. A determinação do *corpus* da presente pesquisa seguiu a *regra de pertinência*, ou seja, tomando como referência os objetivos do estudo, foi determinado um conjunto de materiais que tivessem a capacidade de fornecer informações relevantes sobre o problema levantado, a fim de que os objetivos da pesquisa fossem alcançados (BARDIN, 2009). Dessa maneira, com o intuito de compreender o conceito de saúde adotado no processo de formação dos cursos investigados, os Projetos Políticos Pedagógicos, os planos de ensino que continham a palavra saúde e as respostas da pergunta “Qual o seu conceito de saúde” da entrevista constituíram uma parte do *corpus*. A segunda parte do *corpus* foi composta pelas respostas da pergunta “Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde”.

Figura 3. Fluxograma dos procedimentos metodológicos para análise de conteúdo.



Fonte: Elaborado pelo autor com base em Bardin (2009).

Determinado o corpus, a primeira atividade realizada foi a *leitura flutuante*. Segundo Bardin (2009), este primeiro contato com o material de análise deve ser realizado de forma não sistemática, não estruturada. Deve-se ler os documentos inúmeras vezes, adquirindo uma apreciação geral do material, de forma a se conectar com ele e favorecer o surgimento de orientações, impressões e até mesmo o reconhecimento da possibilidade de aplicação de técnicas utilizadas em materiais análogos (BARDIN, 2009).

Nesta fase da análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material a ser pesquisado, pois muitas das impressões vivenciadas no contato direto com os participantes, no caso do material oriundo das entrevistas, afloram na lembrança e auxiliam na condução deste procedimento. A partir dessa leitura foi possível seguir para a próxima etapa da análise.

Sendo assim, deu-se início à seleção das *unidades de registro*. A *unidade de registro*, também chamada de unidade de análise, pode ser considerada uma palavra, uma sentença, um conjunto de frases, parágrafos ou até mesmo um texto completo (BARDIN, 2009).

Bardin (2009) destaca que as unidades de registro temáticas constituem um dos critérios mais utilizados na análise de conteúdo, ou seja, o critério de recorte é de ordem semântica. O autor define tema como:

Uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística, mas antes de ordem psicológica: podem constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente, um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode remeter (e remete geralmente) para diversos temas [...] (BARDIN, 2009, p.131).

Na presente pesquisa foi adotada a análise temática, considerando como *unidades de registro* palavras, sentenças, frases, parágrafos ou textos completos. A análise foi norteada por dois temas: o conceito de saúde e o papel do profissional de educação no campo da saúde. No tocante à adoção da análise de conteúdo temática, Bardin (2009, p.131) menciona que “O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências [...] as respostas de perguntas abertas, as entrevistas [...]”, o que se enquadra perfeitamente nas características desta investigação.

A metodologia proposta por Bardin (2009) procura equilibrar a objetividade e subjetividade no processo de análise. Contudo, não há como negar que a subjetividade está muito presente no processo de escolha dos fragmentos das mensagens, uma vez que a relação que se processa entre o pesquisador e o material de análise é de extrema interdependência, condição *sine qua non* para uma análise deste porte.

Identificadas às *unidades de registro* partiu-se para o processo de criação das categorias de sentido. Segundo Bardin (2009; p.145), as categorias são definidas como “classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”. A *categorização* consiste em um processo

de classificar os elementos que constituem uma mensagem de forma a diferenciá-los e agrupá-los segundo um critério de seleção. Na presente pesquisa o critério de *categorização* foi temático (BARDIN, 2009).

As categorias não foram determinadas a priori, sendo criadas a partir da necessidade e de acordo com a análise do *corpus*. O principal critério para a criação das categorias foi o sentido da comunicação, no que se referia ao conceito de saúde e ao papel do profissional de educação física no campo da saúde. Tanto a análise qualitativa (sentido da comunicação) quanto a quantitativa (frequência de termos/palavras chaves) foram utilizadas no processo de definição das categorias e subcategorias.

3.6.4 *Análise do Corpo de Conhecimento*

A investigação a respeito do corpo de conhecimento que embasa a formação profissional dos cursos de Bacharelado em Educação Física com ênfase em saúde foi realizada tendo como referência o modelo teórico proposto por Kirk, Macdonald e Tinning (1997).

Na década de 60, Franklin Henry, por meio da publicação do seu trabalho intitulado “*Physical Education: An Academic Discipline*” (HENRY, 1964), iniciou o debate a respeito do status acadêmico da EF nas universidades americanas. De acordo com Lawson (1991) e Newell (1990), até a década de 60, a formação em EF nos Estados Unidos era direcionada para as escolas, sendo que o modelo desta formação era de caráter profissional e educacional, conferindo certificação aos professores de EF, que não tinha valor de um diploma acadêmico (universitário).

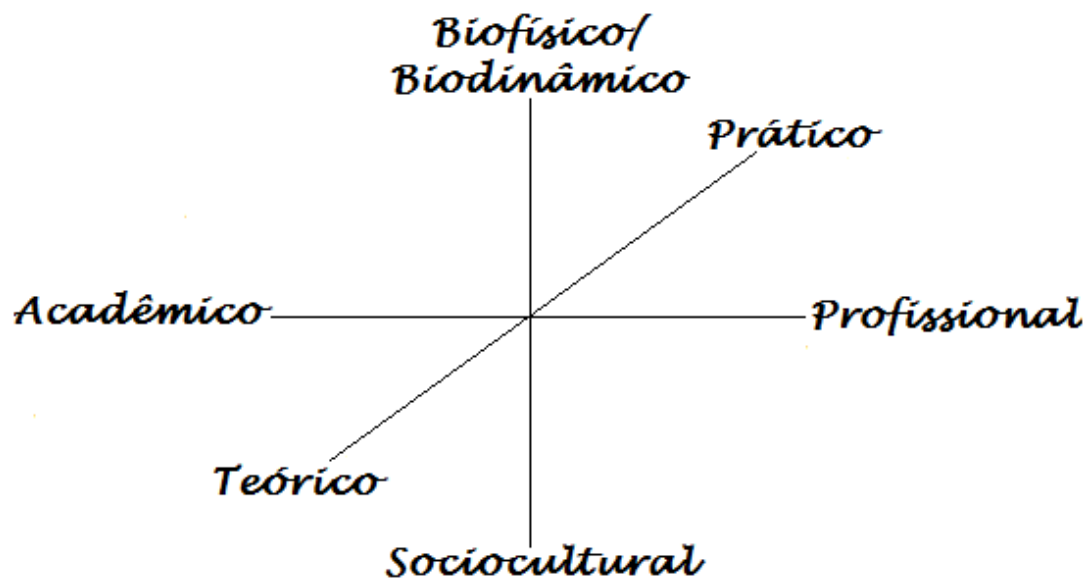
Segundo Kirk (2006), após a década de 60, motivado pelo debate promovido por Henry (1964, 1978), o campo da EF iniciou um processo denominado de “*Academicisation*”, que consistiu no processo de aproximar um campo de conhecimento prático, tal como era o campo da EF, com áreas mais tradicionalmente acadêmicas (científicas). Este processo ocorreu por meio de uma reorientação da formação profissional no campo da EF, partindo de uma certificação profissional para um diploma

acadêmico (universitário), abrindo acesso aos programas de mestrado e doutorado. Este fenômeno não ficou restrito à América do Norte, influenciando o campo da EF em muitos outros países (KIRK, 2006; RENSON, 1989; LEE, 2014), inclusive a EF brasileira (MANOEL, 1996; TANI, 2006).

Mediante este contexto, no final da década de 90, Kirk e colaboradores (1997) desenvolveram um modelo teórico com os tipos de conhecimentos que fundamentam os cursos de formação dos professores de EF. Este modelo foi elaborado com a finalidade de analisar as reconfigurações curriculares que ocorrem nos cursos de formação de professores de EF, na Austrália, em função do fenômeno “*Academicisation*”.

Este modelo teórico é representado por uma figura tridimensional constituída por 3 eixos contínuos que se interseccionam, como demonstra a Figura 4. O eixo vertical representa a proporção entre o conhecimento biofísico/biodinâmico e o conhecimento sociocultural. O eixo horizontal aborda esta mesma relação entre os conhecimentos acadêmico e profissional. Por último, o eixo anteroposterior aborda a relação entre os conhecimentos teórico e prático (KIRK et al., 1997).

Figura 4: Representação gráfica do modelo teórico utilizado para a análise da proporção entre os conhecimentos acadêmico e profissional. Adaptado de Kirk, Macdonald e Tinning (1997).



O conhecimento que contempla a área biofísica/biodinâmica é oriundo das ciências biológicas e exatas. Anatomia, Fisiologia do Exercício, Bioquímica, Bioestatística, Biomecânica e Controle Motor são alguns exemplos de disciplinas nos cursos de graduação de EF que abordam predominantemente assuntos da área biofísica/biodinâmica. Por outro lado, o conhecimento que representa a área sociocultural tem origem nas ciências humanas e sociais. Neste caso, Sociologia, Filosofia, Antropologia, Sociologia do Esporte, História do Esporte e Introdução a EF são exemplos de componentes curriculares que tratam predominantemente de assuntos da área sociocultural (KIRK et al., 1997).

O conhecimento disciplinar/acadêmico seria o conhecimento científico, oriundo das ciências básicas e suas subcategorias, que embasam os conhecimentos que norteiam a prática profissional, mas que não têm necessariamente relação com a prática profissional, ou seja, com o conhecimento pedagógico. Os componentes curriculares intitulados “Biologia tecidual e molecular” ou “Filosofia” seriam exemplos de disciplinas que abordam este tipo de conhecimento. Por outro lado, o conhecimento profissional é aquele relacionado diretamente com a intervenção profissional, que promove conhecimento de como exercer a profissão, de cunho pedagógico. Neste caso, o estágio supervisionado é um exemplo de componente curricular com altíssimo grau de conhecimento profissional (KIRK et al., 1997).

Por último, o eixo anteroposterior aborda a relação entre o conhecimento teórico e o prático. O conhecimento teórico é informativo, não desenvolve uma habilidade prática do futuro profissional. Já o conhecimento prático é caracterizado pela meta de desenvolver/aperfeiçoar uma habilidade/capacidade prática do aluno. Este tipo de conhecimento é facilmente visualizado nos componentes curriculares esportivos, que podem ter como o objetivo ensinar como se ensina (conhecimento profissional) ou melhorar a habilidade pessoal no desempenho de numa determinada modalidade esportiva (conhecimento prático) (KIRK et al., 1997).

No presente estudo investigou-se apenas os conhecimentos relacionados aos eixos vertical (conhecimentos biodinâmico e sociocultural) e horizontal (conhecimentos acadêmico e profissional). Esta decisão foi tomada em função dos objetivos do estudo.

A análise do conceito de saúde em um currículo de formação profissional leva em consideração o equilíbrio entre os conhecimentos de cunho biológico e humanístico (BRAGRICHEVSKY et al., 2006; HALLAL, KNUTH, 2011; MANOEL, CARVALHO, 2011) utilizados para nortear o modelo de cuidar da saúde das pessoas. Sendo assim, os resultados da análise dos conhecimentos do eixo vertical do modelo teórico de Kirk et al. (1997) auxiliarão nesta reflexão. Já os resultados da análise do eixo horizontal contribuirão na discussão sobre a aproximação dos graduandos com os conhecimentos relacionados à prática profissional.

Lee (2014) em sua tese de doutorado intitulada “*The knowledge base for physical education teacher education in England and Korea*”⁸ teve como objetivo comparar a base de conhecimento de cursos de Formação de Professores de Educação Física da Inglaterra e Coréia. O autor utilizou dois modelos teóricos como referência para a investigação do corpo de conhecimento dos cursos, sendo um deles o modelo proposto por Kirk e colaboradores (1997). Dessa maneira, os procedimentos de análise do corpo de conhecimento no presente estudo foram baseados no trabalho original de Kirk et al. (1997) e na tese de Lee (2014), sendo que este último foi adotado em função da riqueza de detalhes na descrição metodológica.

A primeira etapa constituiu de uma análise documental realizada por dois pesquisadores de forma independente. O primeiro passo foi realizar a leitura dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de forma a ter conhecimento das características gerais das graduações, principalmente informações relacionadas à estrutura da matriz curricular e o desenvolvimento dos seus conteúdos.

O segundo passo foi realizar a análise dos programas de ensino de todos os componentes curriculares (obrigatórios e optativos) que compunham as matrizes curriculares com o objetivo de determinar a proporção entre os conhecimentos acadêmico e profissional, assim como entre os conhecimentos biodinâmico e sociocultural. Foram analisados os seguintes tópicos destes documentos: título, carga horária, semestre de oferta, objetivos, conteúdo programático, métodos e critérios de

⁸ Tradução nossa do título da tese de doutorado de Lee (2014): “A base de conhecimento para a formação de professores de educação física na Inglaterra e Coréia”.

avaliação e recuperação, e bibliografia. Esta análise permitiu a cada pesquisador expressar em termos absolutos e relativos (%) a proporcionalidade entre os conhecimentos contidos nos programas de ensino em função da carga horária do componente curricular.

O terceiro passo desta etapa inicial foi a realização do procedimento de contra análise, que constituiu no confronto das análises individuais e discussão entre os dois pesquisadores até que se obtivesse uma saturação de análise e determinação de um resultado final da proporção entre os conhecimentos (KIRK et al., 1997; LEE, 2014). A Tabela 1 apresenta a organização dos dados após o resultado final da análise documental de alguns componentes curriculares.

Tabela 1: Exemplificação do resultado final da análise documental dos conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/sociocultural) em função da carga horária de alguns componentes curriculares.

Componente Curricular	CH	Eixo Vertical		Eixo Horizontal	
		Biodinâmico	sociocultural	acadêmico	profissional
	CH	CH	CH	CH	CH
Introdução à Pesquisa Científica	60	18	42	54	6
História da Educação Física e Esporte	60	0	60	60	0
Fisiologia do Exercício I	60	60	0	57	3
Epidemiologia do Exercício	30	15	15	27	3
Programa de Atividade Física para Adultos I	60	36	24	15	45
Estágio Supervisionado em Educação Física e Esporte I	105	52.5	52.5	15	90
TOTAL	375	181.5	193.5	228	147
	%	48.4	51.6	60.8	39.2

CH= carga horário total

Conforme apontado por Kirk et al. (1997) e Lee (2014), após a análise documental é recomendada a realização de entrevistas com uma amostra de docentes a fim de se obter informações adicionais aos documentos e para verificar a validade da análise documental realizada pelos dois pesquisadores. Dessa maneira, o primeiro passo dessa segunda etapa foi elaborar categorias em função das características em comum dos componentes curriculares. A Tabela 2 apresenta a descrição das nove categorias elaboradas, assim como o número de componentes curriculares alocados em cada uma delas. Todos os componentes curriculares que compunham as matrizes curriculares dos cursos foram distribuídos entre as categorias.

Tabela 2. Frequência dos componentes curriculares em cada categoria e frequência de componentes curriculares contemplados pelas entrevistas.

Descrição	Exemplo de CO	n. de CO		n. de CO “entrevistados”	
		A	B	A	B
1 Ensino dos métodos de pesquisa científica	Trabalho de conclusão de curso I	5	6	1	4
2 Estágio supervisionado	Estágio Supervisionado em Atividade Física II	4	4	4	4
3 Atividades complementares e estudos diversificados	Atividades de Cultura e Extensão Universitária em Educação Física e Saúde I	1	4	0	4
4 CO relacionados às ciências básicas e educação física (sociocultural)	História da Educação Física e Esporte	7	22	1	3
5 CO relacionados às ciências básicas e educação física (biodinâmico)	Fisiologia Geral	19	21	4	8
6 Bases do treinamento esportivo/físico	Fundamentos do Treinamento Físico	2	3	1	0
7 Campo da saúde e educação física	Epidemiologia do Exercício	3	5	1	4
8 Práticas esportivas e atividades físicas	Esportes Coletivos	3	7	1	2
9 Elaboração de programas de atividades físicas	Programa de Exercício Físico para Adultos I	12	12	8	5
TOTAL		56	84	21(37%)	34(40%)

CO = componentes curriculares; n.=número; A= Curso A; B= Curso B.

Com base nos critérios de inclusão do presente estudo, 16 docentes aceitaram participar da pesquisa e foram entrevistados. Eles forneceram informações complementares sobre os programas de ensino das disciplinas pelas quais eles eram responsáveis.

A Tabela 2 apresenta o número de componentes curriculares contemplados por entrevista em cada categoria. O resultado desse mapeamento demonstrou que as entrevistas contemplaram pelo menos um componente curricular por categoria. Por fim, as entrevistas possibilitaram a obtenção de informações de 37% das disciplinas do Curso A e 40% do Curso B.

Durante as entrevistas os docentes descreveram detalhadamente todos os procedimentos adotados no desenvolvimento dos conteúdos dos componentes curriculares, assim como os métodos e critérios de avaliação. Além disso, com base no modelo teórico de Kirk et al. (1997), os docentes, em conjunto com o pesquisador,

indicaram a proporção entre os conhecimentos do eixo vertical (biodinâmico/sociocultural) e eixo horizontal (acadêmico/ profissional) do modelo teórico em função da carga horária do componente curricular.

De posse das informações obtidas durante as entrevistas, foi realizado um procedimento para verificar a validade da análise documental. Para isto foram aplicados testes de correlação de *Spearman* entre os resultados da análise documental e das indicações dos docentes quanto à proporcionalidade dos conhecimentos investigados. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de *Lilliefors*. Para todas as análises foi adotado o nível de significância de $p \leq 0.05$. Foi utilizado o programa computacional estatístico BioEstat 5.3[®]. A Tabela 3 apresenta os resultados das correlações. O Apêndice F contém os resultados de todas as análises estatísticas realizadas. A utilização de análises estatísticas não é usual em pesquisas qualitativas, contudo, estes procedimentos foram adotados no presente estudo com o intuito de melhor compreender e validar a metodologia utilizada para a análise do corpo de conhecimento de Kirk et al. (1997), uma vez que a mesma não é difundida no Brasil. Esta análise complementar associou elementos da pesquisa quantitativa sem perder o caráter qualitativo da investigação, agregando técnicas da estatística conforme previsto por Alves-Mazzoti e Gewandszajder (1998).

Tabela 3. Resultados do teste de correlação de *Spearman* entre as análises documental e indicação docente sobre a proporção dos tipos de conhecimentos do modelo teórico de Kirk et al. (1997).

	Eixo Horizontal				Eixo Vertical			
	Acadêmico		Profissional		Biodinâmico		Sociocultural	
	doc.	entr.	doc.	entr.	doc.	entr.	doc.	entr.
média(h)	35.5	30.2	34.9	40.2	42.5	40.4	27.9	31.1
pares	55		55		55		55	
Δ%	-14.9		15.1		-4.9		11.8	
r_s	0.84		0.93		0.90		0.88	
p<	0.0001		0.0001		0.0001		0.0001	

média(h) = valor médio em horas atribuído a cada tipo conhecimento em função da carga horária do componente curricular; **doc.**= resultado da análise documental; **entr.**=resultado da análise da entrevista com o docente; **Δ%** = variação percentual entre as médias; **r_s**= coeficiente de correlação de *Spearman*.

Os resultados do teste de *Spearman* apontaram forte grau de correlação entre os resultados da análise documental e os resultados obtidos após as entrevistas com os docentes a respeito da determinação da proporcionalidade dos conhecimentos do modelo teórico. Estes resultados demonstraram que o procedimento de análise documental pareada apresentou resultados com alto grau de fidedignidade.

As entrevistas também revelaram que a análise documental pareada apresentou uma tendência em superestimar a carga horária atribuída aos conhecimentos acadêmico e biodinâmico, e por outro lado uma subestimação dos valores atribuídos aos conhecimentos profissional e sociocultural. Tal observação pode ser constatada pela variação do valor médio atribuído a cada tipo de conhecimento entre as duas análises na Tabela 3. Além da indicação do sentido da variação (superestimação ou subestimação), os resultados demonstraram o percentual de variabilidade para cada tipo de conhecimento. As entrevistas demonstraram que, em alguns casos, os conhecimentos profissionais e socioculturais não estão explícitos nos programas de ensino, mas acabam sendo abordados pelos docentes no desenvolvimento dos componentes curriculares, muitas vezes como tema transversal.

Por fim, a última etapa consistiu em realizar um processo de reavaliação de todos os programas de ensino com o objetivo de ajustar as análises mediante o conjunto de informações obtidas pelas entrevistas e análises estatísticas, para se chegar então ao resultado final da análise do corpo de conhecimento.

3.6.5 Triangulação de análise entre as diferentes fontes de informação.

Na presente pesquisa, a compreensão do processo de formação de graduações de EF (com ênfase em saúde) para atuação na saúde coletiva (objetivo geral) foi concebida a partir da análise de aspectos peculiares, representados pelos objetivos específicos, a saber:

- Identificar o conceito de saúde adotado no processo de formação;
- Identificar o papel do profissional de educação física no campo da saúde;

- Analisar a aproximação dos graduandos com a rede de serviços do campo da saúde e suas relações multiprofissionais;
- Analisar a base de conhecimento do curso conforme modelo teórico proposto por Kirk et al. (1997).

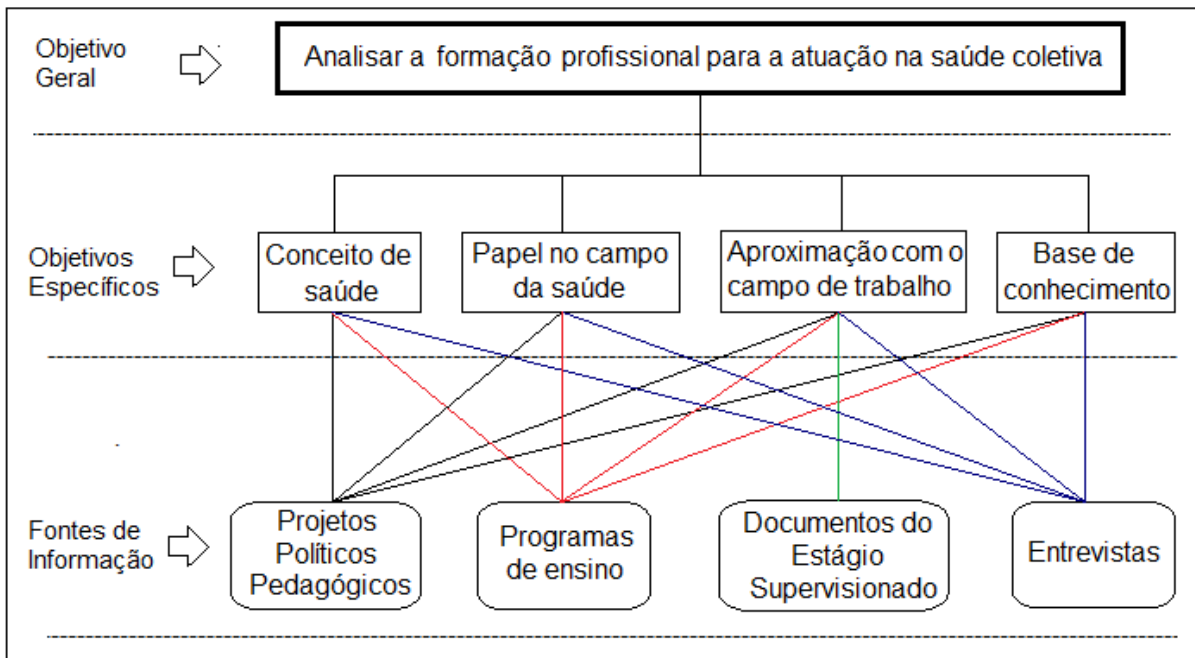
Com o intuito de realizar uma análise holística do fenômeno investigado, os dados da presente pesquisa foram obtidos de diferentes fontes de informação. O objetivo foi permitir que cada aspecto da formação fosse analisado por diferentes ângulos, conectando diferentes elementos que constituem o complexo processo de formação profissional. Entretanto, para que realmente se constituísse uma análise holística do fenômeno estudado, havia a necessidade de se realizar alguma forma de triangulação entre as diferentes fontes de informação. Neste sentido, foi utilizada a técnica de triangulação de fontes proposta por Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1998). A Figura 5 demonstra a representação esquemática do processo de triangulação dos dados.

Conforme observado na Figura 5, cada aspecto do processo de formação foi analisado com base em diferentes fontes de informação, o que propiciou uma ampla visão do fenômeno a ser investigado. A variabilidade das fontes de informação constitui um importante recurso para verificar coerências e/ou incoerências no processo de formação profissional.

A estrutura de apresentação dos resultados foi estabelecida a partir da relação entre os objetivos específicos, fontes de informação e universo da pesquisa. Desta maneira, os resultados serão apresentados separadamente para cada graduação, com os seguintes tópicos:

- Conceito de saúde no PPP;
- Conceito de saúde nos programas de ensino;
- Conceito de saúde dos docentes;
- Papel do profissional de EF no campo da saúde;
- Aproximação com o campo de trabalho;
- Corpo de Conhecimento curricular.

Figura 5: Representação esquemática do procedimento de triangulação dos dados.



Fonte: Elaborada pelo autor.

4 RESULTADOS

4.1 Curso A

4.1.1 Conceito de Saúde no Projeto Político Pedagógico

A análise realizada no PPP não identificou um conceito de saúde explícito e específico para o curso. No entanto, observou-se que a palavra “saúde” era citada 18 vezes ao longo do texto e o adjetivo “saudável” duas vezes. Mediante estas constatações, os trechos do documento que continham a palavra “saúde” e/ou a palavra “saudável” foram extraídos para uma análise do conteúdo e, respectivamente, do sentido atribuído a estas palavras. Este procedimento resultou na identificação de 11 unidades de registro, as quais possibilitaram o procedimento de categorização. Uma única unidade de registro poderia conter informações que fomentassem a criação de uma ou mais categorias de sentido. O Quadro 3 apresenta as duas categorias que emergiram desta análise. A ordem de apresentação das categorias representa o grau de importância das mesmas, o qual foi determinado em função do número de unidades de registro que compõe a categoria.

Quadro 3. Categorias elaboradas a partir da análise do PPP do Curso A.

Categoria	Nº de UR	Descrição
1 – Educação Física e Saúde.	16	Objetivos, meios e locais de intervenção do profissional de educação física no campo da saúde.
2 – Saúde como condição dinâmica.	3	Fatores que alteram as condições de saúde do ser humano.

UR= Unidades de Registro

Categoria 1 - Educação Física e Saúde: Dezesesseis unidades de registro indicaram as relações entre os campos da EF e saúde no processo de formação e futura atuação profissional. Esta relação foi expressa pelo direcionamento dos meios desta intervenção (oito unidades de registro), dos seus objetivos no campo da saúde (seis unidades de registro) e do *lócus* de atuação (duas unidades de registro).

De forma geral, o PPP menciona que a intervenção deste profissional formado na ênfase em saúde tem por objetivo a elaboração e aplicação de programas de exercício físico para a “prevenção, promoção e reabilitação da saúde” (USP, 2015; p. 1). Segundo o documento, a ênfase em saúde visa formar um profissional que possa atender “às necessidades e demandas da sociedade no emprego do exercício físico como instrumento de manutenção de um estado e estilo de vida saudável” (USP, 2015, p. 6).

Ao longo do documento são apresentados objetivos mais específicos das ações deste futuro profissional no campo da saúde. Neste sentido, as unidades de registro deixam claro que a inatividade física é considerada um risco à saúde do indivíduo. Sendo assim, o foco deste profissional é conhecer as doenças e deficiências relacionadas à inatividade física e ser capaz de prescrever um programa de exercício físico apropriado para a prevenção ou a terapia. A seguir dois trechos na íntegra que representam o contexto apresentado:

- ✓ Conhecer diferentes doenças e deficiências e identificar o exercício físico apropriado para a prevenção ou como recurso complementar a terapia (USP, 2015; p. 2).
- ✓ [...] orientação da prática do exercício e condicionamento físico, bem como programas para o atendimento de pessoas com problemas associados à obesidade, desvios posturais, cardiopatias, doenças não transmissíveis [...] (USP, 2015; p. 10).

A Tabela 4 apresenta as principais palavras identificadas nas seis unidades de registro referentes aos objetivos da intervenção do profissional de educação física no campo da saúde.

Tabela 4. Principais palavras/termos identificadas nas seis unidades de registro referentes aos objetivos da intervenção do profissional de educação física no campo da saúde no PPP do Curso A.

Palavra/Termo	f
programas	3
exercício físico	3
saúde	3

continua...

Palavra/Termo	f	conclusão.
identificar	2	
promoção	2	
prevenção	2	
doenças	2	
conhecer	1	
elaborar	1	
favorece	1	
visa	1	
adequando-o	1	
reabilitação	1	
riscos	1	
deficiências	1	
problemas	1	
inatividade física	1	
obesidade	1	
desvios posturais	1	
cardiopatias	1	
não transmissíveis	1	
ênfase	1	
formação	1	
formação profissional	1	
qualificação profissional	1	
prática de exercício	1	
condicionamento físico	1	
intervenção	1	
recurso	1	
complementar	1	
terapia	1	
manutenção	1	
apropriado	1	
associados	1	
relacionados	1	
necessidades	1	
demandas	1	
atendimento	1	
orientação	1	
sociedade	1	
pessoas	1	
grupos populacionais	1	
região	1	
estado (saudável)	1	
estilo de vida	1	
saudável	1	
Total	56	

f = frequência de ocorrência

Oito unidades de registro demonstraram que o exercício físico sistematizado na forma de programa consiste o meio de intervenção do futuro profissional de educação física da ênfase em saúde. Tais programas serão elaborados com base em conhecimento científico e pedagógico sobre a relação entre o exercício físico e o campo da saúde. A seguir dois trechos na íntegra que demonstram o contexto apresentado:

A formação na ênfase em “Educação Física e Saúde” proporcionará aos futuros profissionais o conhecimento científico e pedagógico sobre a relação entre exercício físico e as condições de saúde [...] (USP, 2015, p. 1)

Essas disciplinas visam fornecer aos alunos conhecimentos sobre a elaboração de programas de exercício físico e treinamento físico considerando as interfaces da área de Educação Física com a Saúde [...] (USP, 2015, p. 1).

A Tabela 5 apresenta as principais palavras identificadas nas oito unidades de registro referentes á utilização de programas de exercício físico como meio de intervenção no campo da saúde.

Tabela 5. Principais palavras identificadas nas unidades de registro sobre o meio de intervenção do profissional de educação física no PPP do Curso A.

Palavra/Termo	f
exercício(s) físico(s)	5
saúde	3
condições especiais de saúde	2
ênfase	2
formação	2
aluno(s)	2
educação física	2
conhecimento(s)	2
prática	2
programas	2
intervir	1
fornecer	1
favorece	1
emprego (verbo)	1
saudável	1
estado (saudável)	1

continua...

Palavra/Termo	f	conclusão.
condições de saúde	1	
área	1	
interfaces	1	
relação	1	
formação profissional	1	
qualificação profissional	1	
profissionais	1	
conteúdo	1	
aprofundamento	1	
científico	1	
acadêmico	1	
pedagógico	1	
elaboração	1	
intervenção	1	
orientação	1	
manutenção	1	
exercício	1	
treinamento físico	1	
condicionamento físico	1	
necessidades	1	
demandas	1	
estilo de vida	1	
ciclos de vida	1	
prevenção	1	
promoção	1	
reabilitação	1	
total	56	

f = frequência de ocorrência

Em duas unidades de registro houve menção sobre os locais de atuação do profissional de educação física. Neste sentido, o PPP indicou que os egressos da ênfase em saúde desenvolverão suas atividades profissionais em “clubes, academias, empresas, clínicas, hospitais e programas de políticas públicas” (USP, 2015; p.1). Além disso, o documento menciona que o envolvimento dos graduandos em programas e cursos de extensão voltados à orientação da prática do exercício físico constitui uma estratégia de aprimoramento da formação acadêmica-profissional. Para isto, convênios serão estabelecidos com “clubes, centros de saúde e centros esportivos da região” (USP, 2015, p.10).

Categoria 2 - Saúde como condição dinâmica: em três unidades de registro a palavra “saúde” foi precedida pela palavra “condições”, sendo que em dois casos, essas “condições de saúde” são consideradas especiais. O termo “Condições Especiais de Saúde” aparece no título de dois componentes curriculares citados no PPP, sendo eles: “Condições Especiais de Saúde I” e “Condições Especiais de Saúde II”. De forma geral⁹, ambos componentes curriculares têm o objetivo de capacitar o futuro profissional de EF a prescrever programas de atividade física para pessoas que estejam em uma condição de saúde especial, como gestantes e indivíduos portadores de doença cardiovascular, imunológica, cognitiva, metabólica, respiratória, osteomuscular ou neuromuscular.

O texto do PPP também afirma que “A formação na ênfase em “Educação Física e Saúde” proporcionará aos futuros profissionais o conhecimento científico e pedagógico sobre a relação entre exercício físico e as condições de saúde nos diferentes ciclos de vida [...]” (USP, 2015; pag.1). Neste trecho o documento expressa que as condições de saúde do ser humano são específicas em função dos ciclos de vida, ou seja, a condição de saúde é particular na infância, na adolescência, assim como nas fases adulta e idosa.

Mediante estas duas análises do emprego do termo “condições de saúde”, aponta-se que o termo saúde é aqui compreendido como uma condição dinâmica do indivíduo, que se altera em função das diferentes etapas do processo de crescimento e desenvolvimento humano (infância, adolescência, fase adulta e idosa), assim como é influenciando pela gestação ou acometimento de diferentes patologias. A Tabela 6 apresenta as principais palavras identificadas nestas unidades de registro analisadas.

⁹ Os objetivos dos componentes curriculares foram extraídos dos programas de ensino dos mesmos e não do corpo do texto do PPP. Esta análise complementar foi realizada como meio de aprofundar a análise do termo “condições especiais de saúde”. As palavras apresentadas na Tabela 6 são oriundas apenas dos trechos retirados do PPP e não dos programas de ensino.

Tabela 6. Termos chaves e respectiva frequência nas unidades de registro referente a Categoria 2 do PPP do Curso A.

Palavra/Termo	f
exercício físico	3
condições especiais de saúde	2
condições de saúde	1
ciclos de vida	1
Relação	1
educação física e saúde	1
Ênfase	1
Formação	1
futuros profissionais	1
conhecimento	1
Total	13

f= frequência de ocorrência.

4.1.2 Conceito de Saúde nos Programas de Ensino

Foi analisado o conceito de saúde dos programas de ensino que possuíam a palavra “saúde”. A Tabela 7 apresenta as características gerais dos 14 componentes curriculares selecionados para esta análise no Curso A.

Tabela 7. Características gerais dos componentes curriculares selecionados para análise do conceito de saúde (n=14) no Curso A.

Título	CH	Tipo	Sem.
Epidemiologia do Exercício	30	obrigatória	1
Filosofia da Educação Física e Esporte	60	obrigatória	1
Primeiros Socorros	30	obrigatória	3
Fundamentos da Atividade Física	90	obrigatória	4
Medidas e Avaliação em Educação Física e Esporte	75	obrigatória	5
Metodologia Biomecânica para Análise do Movimento Humano	60	optativa	5
Programa de Exercício Físico para Idosos I	60	optativa	5
Exercício Físico e Obesidade	60	optativa	6
Resolução de Problemas em Práticas Integradas de Saúde, Educação e Educação Física.	90	optativa	6
Exercício Físico em Condições Especiais de Saúde I	75	optativa	7
Práticas Esportivas em Educação Física e Saúde	60	optativa	7
Programa de Exercício Físico para Adultos II	60	optativa	8
Exercício Físico em Condições Especiais de Saúde II	75	optativa	8
Educação Física Adaptada	60	optativa	8
Total	885	---	---

CH = carga horária em horas; Sem.= semestre de oferta.

A maioria dos componentes curriculares analisados no Curso A é optativo e ofertado a partir do 5º semestre, ou seja, dentro do período de formação na ênfase em saúde.

O processo de análise revelou que as informações contidas nestes documentos eram relativamente limitadas. Essa limitação constituiu-se pela falta de detalhes na descrição dos conteúdos, na dinâmica de desenvolvimento dos mesmos e nos métodos de avaliação dos alunos. Diante estas características, os documentos não apresentavam um conceito de saúde explícito. Sendo assim, mais uma vez a estratégia utilizada foi identificar os trechos dos documentos que continham a palavra “saúde” e realizar a análise do seu conteúdo, revelando o sentido atribuído a esta palavra.

A análise destes documentos revelou que a palavra “saúde” era citada 43 vezes, o que culminou na identificação de 41 unidades de registro, as quais possibilitaram o procedimento de categorização. Uma mesma unidade de registro poderia conter informações que sustentassem a criação de uma ou mais categorias de sentido. O Quadro 4 apresenta as cinco categorias que emergiram desta análise. A ordem de apresentação das categorias representa o grau de importância das mesmas, que foi determinado em função do número de unidades de registro que compõe a categoria.

Quadro 4. Categorias elaboradas a partir da análise dos programas de ensino do Curso A.

Categoria	Nº de UR	Descrição
1 – Educação Física e Saúde.	23	Objetivos, meios e locais de intervenção do profissional de educação física no campo da saúde.
2 – Avaliação da Saúde.	12	Rotinas de avaliação da Educação Física aplicadas à promoção da saúde.
3 – Educação Física, Saúde e Ciências Humanas e Sociais.	7	Compreensão da relação entre os campos da educação física e saúde à luz das ciências humanas e sociais.
4 – Saúde como condição dinâmica.	6	Fatores que alteram as condições de saúde do ser humano.
5 – Multiprofissional e Multidisciplinar.	5	Práticas multiprofissionais e multidisciplinares na formação do profissional de educação física.

UR= Unidades de Registro

Categoria 1 - Educação física e saúde: vinte e três unidades de registro traziam elementos que indicavam as possíveis relações entre os campos da educação

física e o da saúde. A Tabela 8 apresenta os verbos no modo infinitivo que foram identificados nestas 23 unidades de registro.

Tabela 8. Verbos no infinitivo e respectiva frequência nas unidades de registro da Categoria 1 nos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
conhecer	5
identificar	3
entender	2
compreender	2
capacitar	2
elaborar	2
apresentar	1
proporcionar	1
preparar	1
prescrever	1
monitorar	1
avaliar	1
adaptar	1
Total	23

f= frequência de ocorrência.

A Tabela 9 apresenta as principais palavras e termos identificados nestas mesmas 23 unidades de registro que abordavam a relação entre os campos da EF e o da saúde.

Tabela 9. Principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro da Categoria 1 nos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
exercício físico	15
saúde	11
promoção de(a) saúde	8
programa(s)	6
educação física	5
obesidade	5
qualidade de vida	4
doença(s)	4
atividade física	3
tecido adiposo	3
esportes	2

continua...

Palavra/Termo	f	conclusão.
análise do movimento humano	2	
prevenção (da saúde)	2	
deficiência(s)	2	
distúrbios	2	
fisiopatologia	2	
medida preventiva	2	
risco (à saúde)	2	
sedentarismo	2	
obeso	2	
modalidades esportivas	1	
modelos de intervenção	1	
saúde coletiva	1	
tratamento	1	
terapia	1	
processo saúde-doença	1	
(deficiências) sensoriais	1	
(deficiências) intelectuais	1	
(deficiência) físico motoras	1	
(distúrbio) cardiovascular	1	
(distúrbio) imunológico	1	
(distúrbio) cognitivo	1	
etiologia	1	
epidemiologia	1	
medida epidemiológica	1	
prevalência	1	
emagrecimento	1	
controle ponderal	1	
controle de massa corporal	1	
gasto energético	1	
metabolismo energético	1	
propriedades metabólicas	1	
Total	106	

f = frequência de ocorrência

A análise dos conteúdos dos programas de ensino indicou que, de uma maneira geral, o principal objetivo do futuro profissional formado na ênfase em saúde é elaborar, monitorar e avaliar programas de exercício físico para a promoção da saúde, como sugerem os seguintes trechos retirados dos programas de ensino:

Conhecer os diferentes tipos de exercício físico e suas relações com a promoção de saúde.

Proporcionar aos alunos o conhecimento dos esportes tornando-os capazes de utilizar diferentes modalidades esportivas como recurso pedagógico em práticas de Educação Física para a promoção da saúde.

Preparar profissionais para compreender a importância do exercício físico como medida preventiva de doenças e na promoção da saúde, capacitando-o para atuar nos diferentes segmentos populacionais.

A promoção da saúde evidencia-se como objetivo destas intervenções em comparação com a prevenção e reabilitação. Esta observação é baseada pela maior frequência de ocorrência do termo “promoção da saúde” em comparação às palavras prevenção, tratamento e terapia. Apesar do objetivo geral da intervenção estar direcionado à promoção da saúde, a análise das unidades de registro demonstrou que o caráter desta intervenção é mais preventivo, com foco nas doenças. Ou seja, de posse de informações predominantemente fisiológicas sobre as doenças (etiologia e fisiopatologia), este futuro profissional é capacitado a prescrever um programa de exercício físico apropriado para prevenção ou tratamento das mesmas. A obesidade e doenças associadas a ela são os temas mais abordados nestes programas de ensino. A seguir alguns trechos na íntegra que apresentam o contexto preventivo e com foco na doença observado:

Elaborar um programa de exercício físico apropriado que auxilie no processo de emagrecimento e proporcione redução dos fatores de risco à saúde do obeso.

Conhecer e entender a fisiopatologia das doenças, capacitar o profissional da área de Educação Física para avaliar prescrever e monitorar programas de exercícios em equipes de saúde multidisciplinar e para a atuação como treinadores pessoais.

A frequência de ocorrência do termo “exercício físico” (Tabela 9) demonstra que este constitui o principal meio de intervenção da educação física no campo da saúde, ocorrendo também à identificação dos termos “atividade física”, “modalidades esportivas” e “esportes”, em menor frequência. A seguir alguns trechos que apontam o exercício físico como meio de intervenção do profissional de educação física no campo da saúde:

Preparar profissionais para compreender a importância do exercício físico como medida preventiva de doenças e na promoção da saúde [...]

Epidemiologia do Exercício físico: Medida preventiva e promoção de saúde.

Identificar a função do exercício físico na prevenção e no tratamento da obesidade.

Foram identificadas duas unidades de registro que mencionam locais de atuação dos profissionais formados, sendo elas:

Estruturar e desenvolver exemplos de planejamentos de aulas de Educação Física para adultos em ambientes como SPA's, academias ao ar livre e unidades de atenção primária à saúde.

Unidades de atenção primária à saúde.

Categoria 2 - Avaliação da saúde: em 12 unidades de registro a palavra saúde foi associada a um contexto de avaliação, ou seja, o objetivo era apresentar aos futuros profissionais rotinas ou métodos de avaliação da área da EF aplicados à promoção da saúde. Conforme observado na Tabela 10, que apresenta as principais palavras/termos contidos nestas unidades de registro, as avaliações identificadas podem ser classificadas em antropométricas, ergométricas, funcionais, metabólicas e neuromusculares. A seguir, dois trechos que demonstram o contexto apresentado:

Rotinas de avaliação aplicadas à promoção da saúde e ao esporte.

Conhecer os métodos para análise dos movimentos humanos e sua possível relação com a promoção de saúde e qualidade de vida.

Tabela 10. Principais palavras/termos identificadas nas 12 unidades de registro da Categoria 2 dos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
análise	5
avaliação	4
movimento(s) humano(s)	4

continua...

Palavra/Termo	f
biomecânica(o)	4
promoção da saúde	3
triagem de saúde	3
testes	3
funcional(ais)	3
qualidade de vida	2
métodos	2
anamnese	2
motora	2
composição corporal	2
proporcionar	1
conhecer	1
educação física	1
postura	1
locomoção	1
ergonomia	1
ergométricos	1
antropométrica	1
motores	1
metabólicos	1
neuromusculares	1
desempenho	1
aptidão	1
Total	52

f = frequência de ocorrência

Categoria 3 – Educação Física, Saúde e Ciências Sociais: em sete unidades de registro foi observado um de análise e compreensão da relação entre os campos da EF e saúde com base nos conhecimentos oriundos das ciências humanas e sociais. O objetivo era fazer com que os futuros profissionais considerem o contexto da realidade social brasileira, tanto coletiva quanto individual, no processo de elaboração e aplicação de programas de atividade física para a promoção e prevenção da saúde. A Tabela 11 apresenta os verbos no modo infinitivo que foram identificados nestas sete unidades de registro e a Tabela 12 as principais palavras/termos. A seguir, trechos na íntegra de duas unidades de registro desta categoria:

Preparar profissionais para compreender de modo integrado questões referentes às práticas de saúde, educação e educação física, capacitando-os para abordar e aplicar conhecimentos da área em sua atuação.

Filosofia e Saúde: prevenção e promoção na Educação Física.

Tabela 11. Verbos no infinitivo e respectiva frequência nas sete unidades de registro da Categoria 3 dos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
discutir	2
investigar	2
analisar	2
preparar	1
compreender	1
abordar	1
aplicar	1
Total	10

f= frequência de ocorrência.

Tabela 12. Principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro da Categoria 3 dos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
saúde	8
educação (área de conhecimento)	5
atividade física	4
educação física	2
filosofia	2
problemas sociais	2
(problemas) interpessoais	2
(problemas) culturais	2
(problemas) científicos	2
relacionados	2
realidade brasileira	2
vida cotidiana	2
peessoas	2
prevenção	1
promoção	1
integrado	1
interdisciplinar	1
Total	41

f = frequência de ocorrência

Categoria 4 – Saúde como “estado” dinâmico: em seis unidades de registro a palavra “saúde” foi precedida pela palavra “condições”, sendo que em quatro casos, essas “condições de saúde” eram consideradas especiais. O termo “condições de saúde” estava atrelado a dois contextos. O primeiro mencionava que o futuro profissional seria capacitado a prescrever programas de atividade física para pessoas que estejam em uma “condição de saúde especial”, ou seja, gestantes e indivíduos

portadores de doença cardiovascular, imunológica, cognitiva, metabólica, respiratória, osteomuscular ou neuromuscular. O segundo contexto refere-se aos cuidados prestados a vítimas de acidentes durante a prática esportiva, evidenciando procedimentos para não agravar as condições de saúde do acidentado. Mediante estas duas observações do emprego do termo “condições de saúde”, conclui-se que o termo saúde é aqui compreendido como uma condição mutável, que é influenciada pela gestação, acometimento de diferentes patologias ou lesão esportiva. A Tabela 13 apresenta as principais palavras/termos identificadas nestas seis unidades de registro. A seguir dois trechos que demonstram o contexto apresentado:

Conhecer a técnica de transporte e de imobilização do acidentado e evitar principalmente aquilo que não deve ser feito, ou que venha prejudicar as condições de saúde da vítima.

Ao final do semestre, o aluno deverá ser capaz de identificar as necessidades de adaptação de um programa de exercício físico para indivíduos que apresentam condições especiais de saúde [...]

Tabela 13. Principais palavras/termos identificadas nas seis unidades de registro da Categoria 4 nos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
exercício físico	5
programa	3
condição especial de saúde	3
identificar	1
conhecer	1
elaborar	1
adaptar	1
condição especial (de saúde)	1
gestantes	1
distúrbios cardiovasculares	1
(distúrbios) imunológicos	1
(distúrbios) cognitivos	1
doença metabólica	1
(doença) respiratória	1
(doença) osteoneuromuscular	1
acidentado	1
técnica de transporte	1
imobilização	1
acidentado	1
vítima	1
Total	28

f = frequência de ocorrência

Categoria 5 – Multiprofissional e Multidisciplinar: em cinco unidades de registro a palavra saúde estava associada à multiprofissionalidade, multidisciplinaridade ou interdisciplinaridade. A mensagem mais evidente era de que o futuro profissional seria capacitado para atuar em equipes multiprofissionais e/ou multidisciplinares de saúde. A Tabela 14 apresenta os verbos no modo infinitivo que foram identificados nestas 5 unidades de registro e a Tabela 15 as principais palavras/termos. A seguir trechos na íntegra de duas unidades de registro desta categoria:

Capacitar o profissional da área de Educação Física para a atuação em equipes de saúde multidisciplinar e para a atuação como treinadores pessoais.

Introduzir os alunos em atividades interdisciplinares de pesquisa e práticas multiprofissionais de saúde, educação e atividade física.

Tabela 14. Verbos no infinitivo e respectiva frequência nas 5 unidades de registro da Categoria 5 nos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
capacitar	3
introduzir	1
discutir	1
investigar	1
analisar	1
avaliar	1
prescrever	1
monitorar	1
Total	10

f= frequência de ocorrência.

Tabela 15. Principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro da Categoria 5 nos programas de ensino do Curso A.

Palavra/Termo	f
educação física	3
profissional	3
equipes de saúde multidisciplinar	3
atividade física	2
exercícios (físicos)	1
programas (de exercício físico)	1
saúde	1
equipes de saúde multiprofissionais	1
equipes multiprofissionais de saúde	1
práticas multiprofissionais de saúde	1

continua...

Palavra/Termo	f	conclusão.
atividades interdisciplinares	1	
interdisciplinar	1	
educação (área de conhecimento)	1	
problemas sociais	1	
(problemas) interpessoais	1	
(problemas) culturais	1	
(problemas) científicos	1	
vida cotidiana	1	
realidade brasileira	1	
Total	26	

f = frequência de ocorrência

4.1.3 Conceito de saúde dos docentes

A análise de conteúdo das respostas dos docentes do Curso A possibilitaram a elaboração de três categorias, que são apresentadas no Quadro 5. A ordem de apresentação das categorias representa o grau de importância das mesmas, que foi determinado em função do número de unidades de registro que compõe a categoria.

Quadro 5. Categorias elaboradas a partir da análise do conceito de saúde dos docentes do Curso A.

Categoria	Nº de docentes	Nº de UR	Descrição
1 – Ampliado	8	13	Conceito de saúde envolvendo diferentes dimensões: biológica, psicológica e social.
2 – Autonomia	3	5	Saúde relacionada à capacidade do indivíduo de realizar suas atividades profissionais, pessoais ou sociais.
3 – Autoesquecimento	1	---	A pessoa saudável não possui nenhum aspecto da sua vida que exija sua atenção em especial, permitindo o engajamento em suas atividades, sem impedimentos.

UR=Unidades de registro

Pode-se observar no Quadro 5 que a “Categoria 3 – Autoesquecimento” não possui indicação de número de unidades de registro. Tal fato se justifica por essa categoria ter emergido do discurso específico de um único docente, que se fundamentou em pensamentos de autores da fenomenologia para definir o seu conceito de saúde, com forte influência do filósofo Hans Georg Gadamer. A definição de saúde

deste docente motivou a elaboração exclusiva da “Categoria 3 – Autoesquecimento” em razão da singularidade da sua resposta em comparação aos outros docentes. Sendo assim, esta categoria foi colocada em última posição no grau de importância, uma vez que as outras duas são constituídas pelo discurso de diferentes docentes do curso.

Categoria 1 – Ampliado: de forma unânime os participantes indicaram a adoção de um conceito de saúde amplo no processo de formação profissional. Esta observação foi constatada a partir de três discursos, identificados em 13 unidades de registro.

Em um deles, os participantes mencionaram explicitamente a adoção um conceito de saúde amplo, como demonstram as seguintes falas:

Então eu trabalho com um conceito de saúde bem amplo (RP02)

Para mim a saúde é um conceito bem amplo (RP03)

Outra estratégia dos participantes para demonstrar a adoção de um conceito de saúde amplo foi afirmar que a condição de saúde de uma pessoa transcendia os aspectos puramente biológicos, como observado nos trechos a seguir:

[...] aquela/aquela vertente que (**saúde**) é só a ausência de doença isso daí eu acho que ninguém mais acredita mais [...] (RP06)

Meu conceito de saúde não é só relacionado à questão corporal... assim no sentido de ter uma coisa... ah... sei lá... está com lesão tá doente... é só no corpo [...] (RP03)

Por último, houve menção ao conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns momentos, esta menção estava atrelada a críticas ao próprio conceito da OMS, que em linhas gerais classificavam-no de inatingível, como pode ser observado nas falas a seguir.

Eu gosto do conceito de saúde da organização mundial [...] aí tem gente que acha que isso é utópico demais que então ninguém tem saúde (RP02).

Para mim a saúde é um conceito bem amplo, apesar de que eu já disse de que não é como o da Organização Mundial, porque no caso dela talvez seja intangível (RP03).

Apesar destas críticas, a observação a ser destacada é que a alusão ao conceito de saúde da OMS constituiu um meio de demonstrar uma visão ampliada de saúde. A Tabela 16 apresenta as principais palavras e termos que auxiliaram na identificação de um conceito amplo de saúde na fala dos docentes.

Tabela 16. Principais palavras que indicaram o conceito de saúde amplo dos docentes do Curso A.

Palavra/Termo	f
conceito de saúde	7
saúde	7
não é	4
ausência de doença	4
organização mundial (da saúde)	3
conceito	2
muito amplo	2
bem amplo	2
extrapola	2
mecanismos de doença	2
campo da biologia	2
amplo	1
muito mais	1
ideia antiga	1
tratar doença	1
doença	1
doente	1
lesão	1
corpo	1
questão corporal	1
Total	46

f = frequência de ocorrência

A análise das entrevistas demonstrou que o conceito de saúde ampliado mencionado pelos docentes abrange três dimensões, sendo elas: I) a física - 11 unidades de registro; II) a psicológica - 8 unidades de registro; e III) a social - 3 unidades de registro.

[...] o ser humano é afetado por muitas coisas diferentes e quando a gente fala de saúde, de bem-estar físico, nos estamos falando de um tipo de saúde. E o bem estar-psíquico, comportamental? (RP01)

Eu gosto do conceito de saúde da organização mundial. Que é o bem-estar físico nas diferentes esferas. Bem-estar físico, mental, social e eles colocam até o espiritual (RP02)

[...] um bem-estar psicológico boas relações sociais então eu acho que saúde extrapola o campo da biologia extrapola muito o campo da biologia [...] (RP05)

A Tabela 17 apresenta as palavras e termos chaves que indicaram as diferentes dimensões do conceito de saúde na fala dos docentes.

Tabela 17. Principais palavras e termos que indicaram as diferentes dimensões do conceito de saúde dos docentes do Curso A.

Dimensão	Palavra/Termo	f
Biológica/Física	bem-estar físico	4
	doenças	4
	dimensão biológica	2
	genética(s)	2
	saúde física	1
	aspectos físicos	1
	aspecto biológico	1
	limitações fisiológicas	1
	(limitações) biológicas	1
	patologia	1
	sintoma	1
		Subtotal
Mental Psicológica	bem-estar psicológico	2
	se aceitar	2
	dimensão psicológica	1
	bem-estar psíquico	1
	(bem-estar)	1
	comportamental	
	(bem-estar) mental	1
	(bem-estar) espiritual	1
	aspectos psicológicos	1
	psicólogos	1
	neurótico	1
	psicótico	1
	Subtotal	13
Socioeconômica	dimensão social	3
	(bem-estar) social	1
	aspectos sociais	1
	relações sociais	1
	Subtotal	6
Total		38

f = frequência de ocorrência

Categoria 2 – Autonomia: em 5 unidades de registro o conceito de saúde foi associado à uma condição de autonomia, ou seja, uma pessoa pode ser considerada

saudável quando possui autonomia para realizar as atividades da vida diária, tanto as pessoais desempenhadas no contexto doméstico quanto as atividades profissionais e sociais. Os dois trechos a seguir expressam esta ideia de autonomia atribuída ao conceito de saúde.

[...] saúde não é meramente ausência de doença, mas a condição, a capacidade que o indivíduo tem de realizar todas as suas tarefas, sejam elas para as suas atividades para o cotidiano, para o trabalho, para o seu bem-estar, para a sua vida de modo geral [...] (RP01)

[...] que a pessoa consiga desenvolver aquilo que ele tá proposta a fazer no dia a dia... questão de estudo trabalho serviço que ele consiga realizar tudo isso [...] (RP06)

A Tabela 18 apresenta os principais termos identificados nas cinco unidades de registro que constituíram esta categoria do conceito de saúde dos docentes.

Tabela 18. Principais palavras e termos que embasaram e elaboração da Categoria 2 – Autonomia, do conceito de saúde dos docentes do Curso A.

Palavra/Termo	f
fazer	4
consiga	4
realizar	2
desenvolver	2
dia a dia	2
evoluir	1
consegue	1
capacidade	1
tarefas	1
atividades para o cotidiano	1
(atividades) para o trabalho	1
(atividades) para o bem-estar	1
(atividades) para a sua vida	1
funções diárias	1
estudo	1
trabalho	1
serviço	1
parte social	1
jogos	1
lúdica	1
Total	29

f = frequência de ocorrência

Categoria 3 – Autoesquecimento: a definição de saúde passa por uma dimensão experiencial de saúde que direciona o indivíduo para o autoesquecimento. A pessoa saudável não possui nenhum elemento ou aspecto da sua vida que exija sua atenção em especial, desfrutando da liberdade e potencialidade de engajamento com o mundo de forma livre, sem impedimentos. Por outro lado, quando uma pessoa é acometida por uma doença, por exemplo, sua atenção é direcionada para essa situação patológica e, muitas vezes, esse fato limita o engajamento desse indivíduo com o mundo, podendo configurar uma situação de perda da condição de saúde. É esse contexto que o docente denomina de caráter oculto da saúde, pois a esta se mostra em contraste com os momentos existenciais em que o indivíduo não tinha sua atenção voltada para si mesmo por um fenômeno específico, que pode impedir, em diferentes níveis, sua interação com o mundo, restringindo-o na realização de atividades que necessita ou deseja fazer.

[...] a saúde se oculta ela se esconde/porque ela se esconde? porque na verdade ela se mostra nesse contraste com esses... com coisas que se tornam objetos que se tornam ah:... chamam a atenção de uma que quando você estava saudável não chamava... portanto qual a diferença de quando você estava saudável? Uma diferença de não ter nada chamando a atenção... pra si mesmo né... e portanto me permite engajar no mundo num é/é:... me engajar nas minhas atividades [...] (RP04)

As “perturbações” que impedem a condição de “autoesquecimento” da pessoa, restringindo seu engajamento com o mundo, não são somente de ordem biológica. Problemas de ordem socioeconômica também afetam a saúde, pois impedem o “autoesquecimento, uma vez que o indivíduo tem sua atenção diariamente voltada à sua sobrevivência, preocupando-se de como irá se alimentar, conseguir um local para dormir, proteger-se da violência social e assim por diante. A condição de miséria/pobreza impede o engajamento em outras atividades de forma plena, portanto mais saudável.

[...] o fato de que se eu sou miserável eu numa condição de miséria preciso me preocupar a cada momento com a minha sobrevivência com o que eu vou comer no dia seguinte né... eu não paro nenhum momento de me ocupar com uma condição que é de fome e de suprir a fome...[...] essa condição de miséria ela também impede de ter esta experiência de auto esquecimento [...] (RP04)

A Tabela 19 apresenta os principais termos que constituíram esta categoria do conceito de saúde como “autoesquecimento”.

Tabela 19. Principais palavras e termos que indicaram o conceito de saúde como autoesquecimento na opinião de um docente do Curso A.

Palavra/Termo	f
saúde	10
saudável	7
dimensão social	4
engajar nas minhas atividades	4
chama atenção para nós	4
autoesquecimento	3
esquecer de mim mesmo	2
dimensão existencial	2
dimensão experiencial	2
fenomenológica	2
filósofo	2
engajar no mundo	2
doença	2
doente	2
sobrevivência	2
fome	2
concepção experiencial de saúde	1
caráter oculto da saúde	1
dimensão biológica	1
ordem biológica	1
hermenêutica	1
fazer as minhas tarefas	1
adoecimento	1
deficiência	1
miserável	1
miséria	1
comer	1
alimentar	1
dormir	1
volto para mim mesmo	1
direciono minha atenção para mim	1
me preocupa	1
Total	68

f = frequência de ocorrência

4.1.4 *Papel do Profissional de Educação Física na Saúde*

De forma geral, a análise das respostas dos docentes indicou que o papel do profissional de EF no campo da saúde é prescrever programas de exercício físico com o objetivo de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Além disso, em função do estado de saúde ser uma condição multifatorial, a atuação deste profissional deverá acontecer em um contexto multiprofissional. O Quadro 6 apresenta as categorias e subcategorias identificadas nas respostas dos docentes, com a respectiva quantidade de docentes e unidades de registro que a compõem.

Quadro 6. Categorias elaboradas a partir da análise da opinião dos docentes do Curso A em relação ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

Categoria	Descrição	Subcategoria
1 - Prescrição 7 D - 9 UR.	Avaliação, prescrição e monitoramento de programas de exercício físico para promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde.	Prevenção 9 UR
		Promoção 7 UR.
		Reabilitação 3 UR.
2 - Multiprofissional 2 D - 7 UR	Atuação em contexto multiprofissional de saúde.	-----
3 – Empoderamento 1 D - ---- UR	Promover o autocuidado da saúde por meio do empoderamento. Crítica ao modelo de atenção à saúde prescritivo.	-----

D= docentes; UR= unidades de registro.

Categoria 1 – Prescrição: o papel do profissional de EF no campo da saúde é prescrever programas de exercícios físicos para a população com o objetivo de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Baseado principalmente nos conhecimentos da área biodinâmica, este profissional deverá realizar um diagnóstico das condições de saúde da pessoa, para então elaborar e prescrever um programa de exercícios físicos.

Basicamente... é... prescrevendo... primeiro ele faz o diagnóstico prescreve ou elabora as formas de intervenção... nesse caso ele pode parar por aí... ele também teria um... essa parte que alguns profissionais trabalham que ele faz simplesmente o diagnóstico ou faz uma assessoria... prescreve e não acompanha monitora... aí também pode.. ele partir... além disso oferecer os serviços de monitoramento e avaliações e acompanhamento (RP06)

[...] o profissional tem que ser capaz de no contexto coletivo e individual e de saúde pública de planejar programas de atividade física e executar e depois o que é bastante importante é conseguir avaliar estes programas para saber o que deu certo o que não deu certo e como aprimorar (RP08)

A Tabela 20 apresenta as principais palavras/termos identificados nas unidades de registro que indicaram a prescrição de exercício físico com base nos conhecimentos da área biodinâmica como o papel do profissional de educação física no campo da saúde.

Tabela 20. Termos chaves e respectiva frequência nas oito unidades de registro referente da Categoria 1 – Prescrição, sobre o papel do profissional de EF para os docentes do Curso A.

Palavra/Termo	f
conjugações do verbo “prescrever”	4
programa(s)	4
fisiologia	4
teoria do treinamento	4
doença(s)	4
exercício	3
educação física	2
diagnóstico	2
monitoramento	2
acompanhamento	2
paciente	2
bioquímica	2
adaptações fisiológicas	1
biológicas	1
obesidade	1
atividade física	1
intervenção	1
avaliações	1
avaliar	1
elabora	1
planejar	1
executar	1
saúde	1
população especial	1
pedagógicas	1
Total	48

f= frequência de ocorrência.

A prescrição de um programa de exercícios físicos tem como finalidade a promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde. A **prevenção de doenças** destacou-se por ser o principal objetivo das intervenções do profissional de educação no campo da saúde. Dentre as patologias indicadas, destaca-se a preocupação com a obesidade e o diabetes.

No campo da saúde... como uma das nossas ênfases trata especificamente disso... nós procuramos oferecer ao nosso aluno uma formação ampla no sentido de atuação... no aspecto principalmente de intervenção profilática... que essa é a nossa função. (RP01)

[...] eu penso que o objetivo dele (**o profissional de educação física**) é de fato tentar auxiliar né... não só auxiliar mas como prevenir também... então o exemplo que a gente tem é a atuação... na verdade alguns profissionais nos postos de saúde... né então especialmente relacionado... que é o que tenho um pouco mais de conhecimento que é com relação à prevenção... epidemia por exemplo e doenças relacionadas por exemplo ah:... agora me fugiu o nome mas doenças multifatoriais por exemplo diabetes tipo dois... obesidade [...] (RP07)

Em alguns momentos, o discurso da importância da prática de exercícios físicos como meio de prevenção de doenças e, conseqüentemente, da morte, se torna “aterrorizante”:

[...] eu tenho vários amigos médicos, a gente as vezes dá até palestra para os médicos, eu falo para eles: “olha, quando vocês forem falar sobre exercício físico, não falem qual exercício físico mata, dá infarto, dá a morte súbita... digam que tem muito mais gente morrendo por não fazer exercício físico do que por fazer” (RP01)

A Tabela 21 apresenta as principais palavras/termos identificados nas nove unidades de registro que indicaram a prevenção de doenças como o principal papel do profissional de educação física no campo da saúde.

Tabela 21. Termos chaves e respectiva frequência nos trechos das 9 unidades de registro sobre a prevenção de doenças como papel do profissional de EF no campo da saúde, segundo entrevistados do Curso A.

Palavra/Termo	f
doença(s)	5
saúde	3

continua...

conclusão.	
Palavra/Termo	f
exercício físico	3
educação física	3
prevenção	3
obesidade	3
diabetes	2
patologia	2
prevenir	2
diagnóstico	2
triagem	1
intervenção profilática	1
processo profilático	1
(processo) preventivo	1
gente morrendo	1
epidemia	1
problemas de saúde	1
infarto	1
morte súbita	1
desvios posturais	1
questões nutricionais	1
paciente	1
doentes	1
população especial	1
teoria do treinamento	1
fisiologia	1
Total	44

f= frequência de ocorrência.

No caso da **promoção** da saúde, os docentes mencionaram que o profissional de educação física tem como função promover a saúde, melhorar a qualidade de vida da população, viabilizando momentos de prazer, convívio social e autonomia na execução das atividades diárias. Tais benefícios são atingidos em função da prática de exercícios físicos. A seguir, dois trechos das falas dos docentes.

Ah, porque que é que você oferece exercício? Ah, para a promoção da saúde da pessoa. (RP01)

Pra mim o papel do profissional no campo da educação física tem relação com várias vertentes então a primeira vertente que seria a promoção da saúde (RP08)

A Tabela 22 apresenta as principais palavras/termos destas sete unidades de registro que indicaram a promoção da saúde como papel deste profissional.

Tabela 22. Termos chaves e respectiva frequência nas 7 unidades de registro que indicaram a promoção da saúde como papel do profissional de EF, segundo docentes do Curso A.

Palavra/Termo	f
exercício físico	7
profissional de educação física	7
saúde	4
promoção da saúde	3
melhorar	3
executar	1
promover	1
qualidade de vida	1
bem-estar social	1
convívio social	1
lazer	1
momentos de prazer	1
educação física	1
políticas públicas	1
corpo em movimento	1
corpo físico	1
saúde física	1
atividade diária	1
atividade física	1
questão mental	1
(questão) psicológica	1
questão fisiológica	1
(questão) biológica	1
Total	42

f= frequência de ocorrência.

De forma geral, os docentes indicaram uma relação direta entre a prática de exercícios físicos e a promoção da saúde, ou seja, o profissional de EF oferta programas de exercícios físicos e os indivíduos que aderem a estas práticas obtêm os seus benefícios e, conseqüentemente, melhoram aspectos da sua qualidade de vida e da condição de saúde.

A **reabilitação** mostrou-se ser o objetivo mais distante das intervenções do profissional de EF no campo da saúde, segundo as respostas dos docentes. Apenas três unidades de registro indicaram este objetivo nas ações deste profissional, sendo duas delas apresentadas a seguir:

Para mim é a prevenção, muito mais do que a reabilitação. (RP03)

[...] com os devidos limites também com a reabilitação né... é... aquilo que é apontado para a reabilitação (RP04)

Categoria 2 – Multiprofissional: dois docentes mencionaram que a intervenção do profissional de EF no campo da saúde deve ser realizada em um contexto multiprofissional. Para isto, além dos conhecimentos específicos da área da EF, este profissional deve adquirir conhecimentos sobre a área de atuação de outros profissionais da saúde que possam vir a interagir em sua prática profissional, como: médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e psicólogos.

[...] o profissional de educação física tem que conhecer a área dele... conhecer até onde ele pode atuar... quais são as limitações do exercício físico frente a esta questão da saúde e atuar em conjunto com os outros profissionais... então... na minha visão... o profissional hoje ele além de ter o conhecimento da sua área a educação física... então o conhecimento teórico e a prática... ele tem que conhecer também a área/as outras áreas que estão no entorno dele [...] (RP02).

Contudo, um docente mencionou que esta relação multiprofissional ainda não está bem consolidada no campo da saúde em função da falta de clareza dos limites das competências de cada profissão, gerando conflitos e interferência profissional. Neste sentido, o docente mencionou que:

[...] a gente encontra alguns conflitos de atuação profissional, principalmente com médicos... fisioterapeutas... que acabam entrando em competências que são nossas e nós as vezes queremos nos meter nas competências que são deles (RP01).

A Tabela 23 apresenta as principais palavras/termos identificados nas sete unidades de registro desta Categoria 2 – Multiprofissional.

Tabela 23. Termos chaves e respectiva frequência nas sete unidades de registro da Categoria 2 – Multiprofissional, como papel do profissional de EF no campo da saúde, segundo entrevistas do Curso A.

Palavra/Termo	f
educação física	4
médico	3
fisioterapeuta	2
nutrição	2
enfermagem	2
outros profissionais	2
competências	2
limitações do exercício físico	1
áreas de atuação	1
sua área	1

continua...

conclusão.	
Palavra/Termo	f
outras áreas	1
psicologia	1
trocas interessantes	1
conhecer a área dele	1
conhecer o que está em volta	1
trabalhar isolado não faz sentido	1
trabalhar integrado	1
atuar em conjunto	1
interposta	1
interface	1
conflitos de atuação profissional	1
interferência profissional	1
não tem formação	1
Total	33

f= frequência de ocorrência.

Categoria 3 – Empoderamento: um docente em particular apresentou uma perspectiva diferenciada dos demais no que diz respeito à relação entre o profissional de EF e a promoção da saúde. Como observado no Quadro 6, esta categoria não possui indicação de unidades de registro, uma vez que a mesma emergiu do discurso específico de um único docente.

O docente faz uma crítica à atuação prescritiva do profissional de EF, na qual a dimensão pessoal do indivíduo é colocada em segundo plano. Segundo este docente, o modo de atuação prescritivo é reducionista e impositivo, pois subordina a pessoa ao exercício físico e aos seus efeitos positivos. Quando a “pessoa está no centro”, o profissional passa a considerar as relações particulares do indivíduo com o movimento humano, seus valores, o seu contexto ambiental e social, assim como suas condições psíquicas e físicas. Dessa forma, o movimento corporal se subordina à pessoa, ocorrendo um papel educativo do profissional de EF, promovendo assim a saúde. Segundo o docente, nada impede que ocorra a prescrição de exercícios físicos, mas que ela esteja subordinada ao contexto da pessoa. A seguir um trecho da fala do docente sobre esta perspectiva.

[...] a gente... isso acaba subordinando o sujeito subordinando a pessoa a um movimento adequado para determinados efeitos positivos [...] impedindo o sujeito da sua prática do seu próprio movimento né... e aí a gente tem uma posição profissional muito mais prescritiva... em certa

medida impositiva né que de fato educativa né... então nessa perspectiva de tomar a pessoa como centro... é o contrário que acontece subordina-se o movimento corporal a essas condições e aos direcionamentos do próprio sujeito [...] (RP04)

Na sequência destes pensamentos, o docente apresenta a função de empoderamento do profissional de EF no processo de promoção da saúde. Este profissional é responsável por viabilizar estratégias que promovam a autonomia e o autocuidado por meio da relação do indivíduo com o movimento corporal. A participação deste profissional nas políticas públicas de saúde e nos setores de saúde pública é extremamente importante para esta finalidade. Contudo, o docente destaca que esta participação precisa ir além do ato prescritivo com foco na doença, atuando na viabilidade da mobilidade urbana e criação de espaços em que o indivíduo possa expressar suas relações com o movimento corporal, por exemplo. A seguir um trecho na íntegra da fala do docente:

[...] mas também a criação de parques... adequação e cuidados dos parques a criação de ciclos vias por exemplo né estamos falando de mobilidade pública né... diz respeito a isso tudo que eu estou dizendo uma vez que implica na valorização da autonomia e do empoderamento das pessoas né... para se movimentarem e para a produção do autocuidado [...] (RP04)

A Tabela 24 apresenta as principais palavras/termos da categoria “Empoderamento”.

Tabela 24. Termos chaves e respectiva frequência nos trechos da fala sobre a categoria “Empoderamento”, no Curso A.

Palavra/Termo	f
movimento corporal	7
mobilidade urbana	5
pessoa(s)	4
sujeito	4
centro	4
profissional	4
relação	3
seu/sua	3
empoderamento/autonomia	3
espaços públicos	3
política/saúde pública	2
próprio	2

continua...

Palavra/Termo	f
aspecto/dimensão pessoal	2
papel	2
educação física	2
trabalha	2
atua	2
subordinando	2
saúde	1
reducionistas	1
relações próprias	1
seus valores	1
contexto social	1
(contexto) ambiental	1
condições psíquicas	1
(condições) físicas	1
aspecto físico	1
efeitos positivos	1
impedindo	1
prescritiva	1
educativa	1
foco do trabalho	1
Total	70

f= frequência de ocorrência.

4.1.5 Aproximação com o campo de trabalho da saúde

Com o objetivo de aproximar do contexto real da prática profissional, os alunos do Curso A iniciam suas atividades de Estágio Supervisionado a partir do quinto semestre. As 420h de estágio são distribuídas ao longo dos quatro últimos semestres, em 4 disciplinas (Estágio Supervisionado em Educação Física e Esporte I, II, III e IV). A carga horária obrigatória de estágio corresponde a 360h, sendo que 60h são destinadas a orientação e acompanhamento específico aos alunos durante a realização das atividades de estágio (USP, 2015). O Regulamento do Estágio Supervisionado indica cinco áreas de realização das atividades, que são apresentadas no Quadro 7.

As atividades de estágio deverão ser realizadas de modo que o aluno: a) realize atividades em pelo menos duas áreas diferentes do Quadro 7; b) realize as atividades em pelo menos duas instituições distintas; e c) desenvolva a carga horária total do respectivo semestre em uma única área de estágio e na mesma instituição (USP, 2015c). Em função do curso possuir duas ênfases de formação (Saúde e Esporte), as

atividades das disciplinas de Estágio Supervisionado I e II podem ser realizadas em qualquer uma das áreas de ênfase, sendo que as atividades das disciplinas de Estágio Supervisionado III e IV devem ocorrer na área de ênfase escolhida pelo aluno (USP, 2015b).

Quadro 7. Áreas do Estágio Supervisionado do Curso A.

Área	Descrição das atividades
I - Condicionamento físico	Musculação, <i>spinning</i> , zumba, <i>step</i> , ginásticas, <i>cross fit</i> , treino funcional, <i>yoga</i> , pilates, <i>tai-chi-chuan</i> , <i>lian-gong</i> . Nesta área de estágio, as atividades não podem ser direcionadas à preparação física esportiva. Além disso, esta área prevê englobar as atividades não contempladas nas áreas IV e V.
II - Esporte individual ou coletivo	Atividades relacionadas ao desenvolvimento esportivo (preparação física, treinamento técnico e tático) em qualquer fase da vida (infância, adolescência, fase adulta e idoso). Inclui-se aqui as atividades de lutas e capoeira.
III – Gestão	Atividades envolvidas com a gestão e desenvolvimento de projetos em instituições da área da Educação Física e/ou Esporte.
IV – Recreação e atividades rítmicas e expressivas	Danças em suas diferentes modalidades, atividades circenses, acantonamento.
V - Atividade física em condições especiais e saúde do trabalhador	Atividades relacionadas à realização de programas de exercícios físicos com pessoas acometidas por doença crônica, com deficiências e gestantes. No âmbito da saúde do trabalhador são indicadas as atividades de ginástica laboral.

Fonte: Regulamento do Estágio Supervisionado (USP, 2015c).

As atividades de estágio são desenvolvidas apenas em locais formalmente conveniados com a instituição de ensino. Além disso, é obrigatória a presença de um profissional de EF vinculado à instituição/empresa que está ofertando o estágio. O período máximo de estágio é de 2 anos (USP, 2015c)

Segundo informações obtidas nas entrevistas, entre 75 a 80% dos graduandos realizam suas atividades de estágio supervisionado em academias, sendo elas consideradas locais de estágio da área da saúde. Coerentemente, as academias são os

locais de estágio que mais aparecem na relação dos conveniados com a instituição. Tal relação é disponibilizada *online* pelo serviço de Graduação do curso. Uma análise deste documento, realizada no mês de Agosto de 2015, revelou que, dos 49 convênios disponíveis, 31 (63%) eram com academias relacionadas com a área do *fitness*. Vale ressaltar que neste documento não foram encontrados convênios com Postos/Unidades de Saúde, Hospitais ou Clínicas da área da Saúde, por exemplo.

Segundo informações de docentes vinculados às atividades do estágio supervisionado, a não existência de profissionais de EF na rede pública de saúde da cidade que se localiza a Universidade, impossibilita a realização de atividades de estágio nestes locais. Contudo, há uma estimativa de que este problema seja solucionado para o ano de 2016:

Temos as UBS... as unidades básicas de saúde do município... também desde que atualmente em Ribeirão... não tínhamos isto até então... mas estamos no momento inclusive contratando um profissional de educação física para atender as UBS para que o nosso aluno tenha condição de ir lá e fazer o estágio sob a supervisão deste profissional (RP01)

Os resultados sobre o Estágio Supervisionado mostraram que a aproximação dos graduandos com o campo de trabalho na área da saúde é deficiente pela restrição de locais de estágio na área da saúde. Contudo, o corpo docente tem ciência desta deficiência no processo de formação, como pode ser observado pelas seguintes falas:

[...] nós ainda precisamos ampliar a nossa oferta para a saúde... especificamente estágio na saúde...e quando eu digo saúde eu estou falando em clínicas corpo clínico corpo multidisciplinar com a participação de um profissional de educação física... porque academias nós temos bastante... mas especificamente o campo da saúde clínica... que é a saúde no hospital... que é lá junta com a equipe médica e tudo mais... estas a gente precisa ampliar [...] (RP01)

[...] mas ainda acho que agente está muito aquém em termos de prática... se a gente pensa em profissional da saúde... que nós somos... e aí a gente compara por exemplo que eu tenho bastante contato com o meninos da medicina da enfermagem da nutrição... os meninos fazem estágio... por exemplo... eles conseguem fazer tudo dentro de um hospital aqui... mas eles passam por tudo [...] eles tem acesso a uma prática e uma realidade da profissão que talvez a gente ainda não consiga (RP02)

4.1.6 *Corpo de Conhecimento Curricular*

A análise do corpo de conhecimento dos eixos vertical e horizontal do modelo teórico de Kirk et al. (1997) foi obtida por meio da análise de 56 componentes curriculares do Curso A, correspondendo a uma carga horária de 3.825 horas.

Os resultados da análise das proporções entre os conhecimentos nos dois eixos demonstraram uma predominância dos conhecimentos classificados como biodinâmicos e acadêmicos em detrimento dos conhecimentos socioculturais e profissionais, respectivamente. A Tabela 25 apresenta os números destas análises.

Tabela 25. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) no Curso A.

	Eixo Vertical			Eixo Horizontal		
	Biodinâmico	Sociocultural	Total	Acadêmico.	Profissional	Total
CH	2469	1356	3825	2195.5	1629.5	3825
%	64.5	35.5	100	57.4	42.6	100

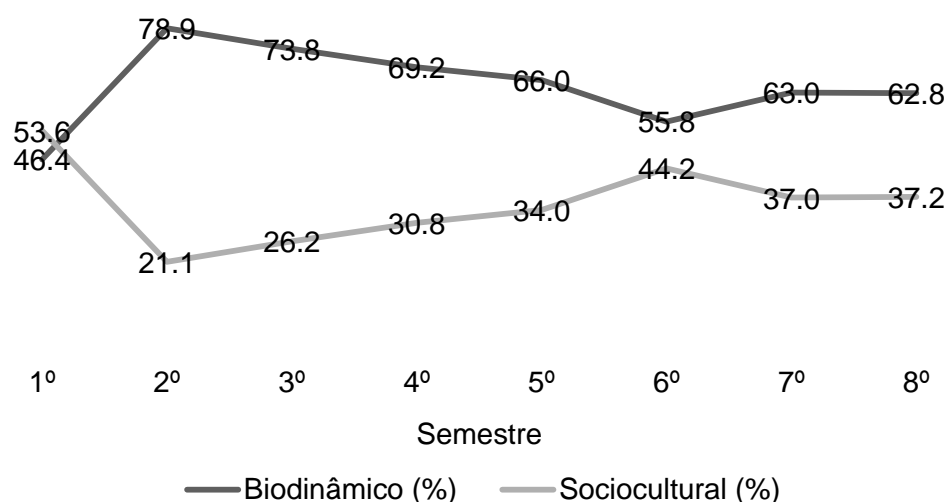
CH=carga horária em horas; %=porcentagem em relação à carga horária total

A proporção entre os conhecimentos destes eixos também pode ser visualizada em função dos semestres acadêmicos que se seguem ao longo do processo de formação, ou seja, do primeiro para o oitavo semestre. A Figura 6 demonstra o comportamento da proporcionalidade entre os conhecimentos do eixo vertical e a Figura 7 do eixo horizontal. Estes resultados estão expressos de forma relativa (%) à carga horária total do semestre.

A Figura 6 mostra que o conhecimento biodinâmico é predominante em relação ao conhecimento sociocultural durante a maior parte do processo de formação do futuro profissional de EF. O 1º e o 5º semestres apresentam um maior equilíbrio na abordagem de ambos os conhecimentos, ocorrendo uma pequena superioridade do conhecimento sociocultural no 1º semestre (diferença de 7.2%) e do conhecimento biodinâmico no 2º (diferença de 11.6%). Nos demais semestres há uma predominância do conhecimento biodinâmico. Entre o 2º e o 5º semestres são observadas as maiores diferenças, as quais em média ficam em torno de 44%. O 7º e 8º semestres apresentam

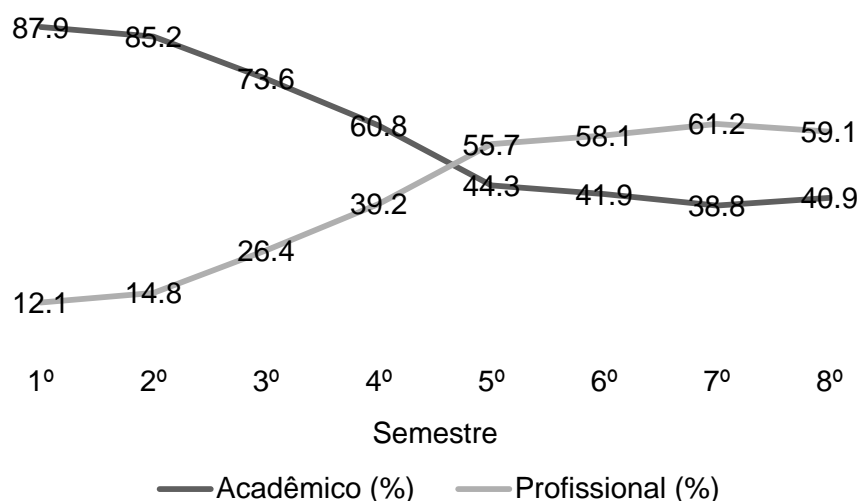
uma estabilidade dessa diferença, sendo a quantidade de conhecimento biodinâmico abordado superior em relação ao conhecimento sociocultural em torno de 25.8%.

Figura 6. Proporção dos conhecimentos de eixo vertical ao longo dos semestres acadêmicos do Curso A.



A Figura 7 mostra uma predominância na quantidade de conhecimentos acadêmicos no processo de formação destes profissionais até o quarto semestre do Curso A. Contudo, ocorre uma inversão neste quadro a partir do quinto semestre, momento em que os conhecimentos profissionais ganham maior proporção no currículo em detrimento dos conhecimentos acadêmicos. Convém ressaltar que a diferença na proporcionalidade entre os conhecimentos do eixo horizontal do modelo teórico de Kirk et al. (1997) é maior nos quatro primeiros semestres do curso em comparação com a diferença encontrada nos últimos quatro semestres. Em termos médios, a diferença até o quarto semestre é de 53.7%, sendo que esta diferença cai para 17% nos últimos dois anos.

Figura 7. Proporção dos conhecimentos de eixo horizontal ao longo dos semestres acadêmicos do Curso A.



Além dos resultados relativos ao corpo de conhecimento de cada um dos cursos investigados em termos gerais e por semestre acadêmico, o presente estudo teve um olhar específico para a configuração do corpo de conhecimento para o conjunto de componentes curriculares que possuíam a palavra “saúde” dentro do seu programa de ensino. A Tabela 26 apresenta os resultados da análise dos conhecimentos dos eixos vertical e horizontal do modelo teórico de Kirk et al. (1997) para estas disciplinas.

Tabela 26. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) para o conjunto de componentes curriculares que possuem a palavra saúde no programa de ensino no Curso A.

	Eixo Vertical			Eixo Horizontal		
	Biodinâmico	Sociocultural	Total	Acadêmico.	Profissional	Total
CH	578	307	885	398	487	885
%	65.3	34.7	100	45	55	100

CH=carga horária em horas; **%**= porcentagem em relação a carga horária total.

Os resultados desta análise para o eixo vertical indicaram uma superioridade do conhecimento biodinâmico sobre os conhecimentos socioculturais, sendo que esta diferença foi de 30.6%. No eixo horizontal observou-se superioridade do conhecimento profissional sobre o conhecimento acadêmico, com uma diferença de 10%.

4.2 Curso B

4.2.1 Conceito de Saúde no Projeto Político Pedagógico

O PPP do Curso B possui um total de 67 páginas. Entretanto, os resultados aqui apresentados referem-se exclusivamente ao corpo do texto do documento, com um total de 25 páginas (4-29).

Já no início da introdução do documento, em seu segundo parágrafo, os autores, cientes da complexidade em definir o termo “saúde”, apresentam a visão pela qual o termo é compreendido na proposta do curso. Além deste parágrafo, o termo “saúde” é citado mais 67 vezes ao longo do documento. Mediante este quadro, o primeiro passo foi analisar a visão de saúde e sua relação com o campo da EF apresentadas neste parágrafo introdutório, para então realizar uma análise dos outros trechos em que o termo saúde aparece no transcrito do documento.

Análise do parágrafo introdutório: os autores iniciaram o parágrafo mencionando que o termo saúde é amplamente utilizado na história da humanidade, contudo, “está longe de ser um conceito de fácil definição e compreensão” (USP, 2014a, p.4). O termo saúde pode designar o sentido de “ideia, estado, sensação, objeto, valor, campo, política, setor, fenômeno, medida, problema, processo ou situação” (USP, 2014a, p.4). Diante da abrangência de possibilidades de emprego do termo, os autores do PPP esperam que o próprio processo de formação acadêmica-profissional propicie reflexões sobre o sentido do termo “saúde”, assim como suas implicações na prática do futuro profissional. Segundo os autores, este anseio motivou a vinculação da palavra saúde à EF no título da graduação, de forma a aproximar estes dois campos de conhecimento. Apesar dos autores não apresentarem um conceito formal de saúde, os mesmos ressaltam que são contrários a uma relação direta de causa e efeito entre a prática de atividade física e a promoção da saúde, como pode ser observado no trecho na íntegra a seguir:

Não foi nosso intuito buscar uma associação linear, direta e causal - que poderia supor que a prática de atividade física *per se* levaria a um melhor status de saúde; porém, acreditamos que a associação entre os

termos nos permitirá posicionamentos críticos e reflexivos sobre as relações entre a Educação Física e a saúde das pessoas [...] (USP, 2014a, p.4)

O processo de análise dos sentidos atribuídos à palavra “saúde” e suas relações com o campo da EF ao longo do documento identificou um total 29 unidades de registro, as quais possibilitaram o procedimento de categorização. Uma única unidade de registro poderia conter informações que fomentassem a criação de uma ou mais categorias de sentido. O Quadro 8 apresenta as três categorias que emergiram a partir desta análise. A ordem de apresentação das categorias representa o grau de importância das mesmas, que foi determinado em função do número de unidades de registro que compõe a categoria.

Quadro 8. Categorias elaboradas a partir da análise do PPP do Curso B.

Categoria	Nº de UR	Descrição
1 – Educação Física e Saúde.	23	Objetivos, meios e locais da intervenção do profissional de educação física no campo da saúde.
2 – Saúde como condição dinâmica.	4	Fatores que alteram as condições de saúde do ser humano.
3 – Multiprofissional e Multidisciplinar	3	Atuação do profissional de educação física em contexto multidisciplinar e multiprofissional

UR= Unidades de Registro

Categoria 1 - Educação Física e Saúde: Vinte e três unidades de registro indicaram possíveis relações entre os campos da EF e saúde no processo de formação e futura atuação do profissional. Esta interação foi expressa pelo direcionamento dos objetivos (15 unidades de registro), meios (15 unidades de registro) e *lócus* (cinco unidades de registro) de atuação do profissional de EF no campo da saúde. A soma das unidades de registro relativas aos objetivos, meios e *lócus* é maior do que o número total de unidades de registro desta categoria, pois uma mesma unidade de registro pode conter informações sobre diferentes aspectos da relação entre os campos da EF e saúde.

De forma geral, o documento indica que o objetivo das intervenções do profissional de EF no campo da saúde é incentivar/estimular/favorecer a saúde/qualidade de vida das pessoas sem e com necessidades específicas (atletas,

obesos, gestantes, hipertensos, cardiopatas, pessoas com distúrbios imunológicos, metabólicos e limitações neurais, sensoriais, intelectuais, ou físico-motoras) por meio da prática de atividades físicas e práticas corporais. O papel na promoção da saúde aparece em destaque em relação à prevenção e reabilitação. Termos como promoção da saúde, qualidade de vida e bem estar são mais frequentes do que termos relacionados à prevenção e reabilitação. Abaixo trechos do documento que apresentam a relação entre os campos da EF e saúde.

[...] a Educação Física se destaca quanto às ações relativas à promoção da saúde e da prevenção de doenças (USP, 2014a; p.7).

O curso de Bacharelado em EFS contempla uma visão da intervenção por meio de atividades físicas e práticas corporais orientadas à promoção da saúde das pessoas [...] (USP, 2014a; p.9).

A Tabela 27 apresenta as principais palavras/termos identificados nas 15 unidades de registro que apontavam sobre os objetivos das intervenções do profissional de EF no campo da saúde.

Tabela 27. Principais palavras/termos identificadas nas 15 unidades de registro referentes aos objetivos da intervenção do profissional de EF no campo da saúde na Categoria 1 – Educação Física e Saúde, na análise do PPP do Curso B.

Palavra/Termo	f
saúde	18
atividade(s) física(s)	11
práticas corporais	8
promoção	6
prevenção	5
educação física	4
incentivar; estimular, favorecer	4
qualidade de vida	4
programas	3
objetivo/papel	3
bem estar	2
doenças	2
recuperação	1
reabilitação	1
hábitos de vida ativa	1
Total	73

f = frequência de ocorrência

Quinze unidades de registro indicavam o meio das intervenções deste profissional no campo da saúde, demonstrando que a elaboração e implementação de programas de atividade física e práticas corporais para pessoas constituem os principais meios de intervenção. Programas educacionais e desenvolvimento de projetos de pesquisa também foram mencionados como atividades de intervenção. A seguir, trechos do documento que demonstram os meios de intervenção do profissional de EF no campo da saúde.

Esse profissional elabora, implanta, executa, avalia, ministra, coordena, supervisiona, orienta, gerencia e dirige programas educacionais, técnicos e científicos de atividade física e práticas corporais que estimulem a saúde e qualidade de vida de indivíduos ou grupos de pessoas (USP, 2014a; p.5).

[...] responder à demanda social de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis por meio de programas de atividade física orientadas à prevenção em saúde (USP, 2014a; p.10).

A Tabela 28 apresenta os principais termos identificados nas 15 unidades de registro sobre os meios de intervenção do profissional de EF no campo da saúde.

Tabela 28. Principais palavras/termos identificadas nas 15 unidades de registro referentes aos meios da intervenção do profissional de EF no campo da saúde na Categoria 1 – Educação Física e Saúde, na análise do PPP do Curso B.

Palavra/Termo	f
atividade(s) física(s)	16
práticas corporais	11
programas	5
Total	32

f = frequência de ocorrência

Por último, cinco unidades de registro apresentaram indicações dos locais de atuação deste profissional no campo da saúde. Conforme observado na Tabela 29, o PPP indica desde locais tradicionais de atuação, como academias de condicionamento físico e clubes esportivos, a locais considerados incomuns, como centros de apoio psicossocial e hospitais. Observa-se grande frequência de locais relacionados ao SUS, com destaque para as unidades básicas de saúde, que apareceu com maior frequência

no documento. Tal fato coaduna com o foco do curso em relação ao perfil profissional, que é:

[...] formar egressos habilitados a trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em programas nos Centros de Apoio Psicossocial, em clínicas e hospitais, bem como em empresas voltadas ao atendimento para a saúde das pessoas (USP, 2014a; p.5).

Tabela 29. Locais de atuação do profissional de educação física identificados nas 5 unidades de registro referentes ao lócus de intervenção na Categoria 1 – Educação Física e Saúde, no PPP do Curso B.

Palavra/Termo	f
unidades básicas de saúde	5
hospitais	4
federações/clubes/centros esportivos	4
sistema único de saúde (sus)	3
centros de apoio psicossocial	2
academias de condicionamento físico	2
centros comunitários/sociais	2
clínicas/empresas voltadas ao atendimento para a saúde	2
níveis primários, secundários e terciários de atenção em saúde	1
núcleos de apoio à saúde da família	1
hotéis	1
condomínios	1
órgãos gestores de atividade física e esporte	1
grupos de pesquisa	1
terceiro setor	1
Total	31

f = frequência de ocorrência

Categoria 2 – Saúde como condição dinâmica: em quatro unidades de registro são mencionados diferentes elementos que influenciam no estado de saúde das pessoas, e devem ser considerados e analisados na prática do profissional de EF. Com relação específica ao campo da EF, o sedentarismo é considerado um fator que afeta negativamente à saúde.

Dados epidemiológicos indicam, por exemplo, que cerca de 60% dos adultos residentes nas capitais brasileiras não praticam qualquer tipo de atividade física no tempo de lazer, fato que aponta para uma necessária reflexão sobre o papel dos profissionais de saúde na reorganização e redirecionamento das práticas que possam auxiliar as pessoas a cuidarem da saúde (USP, 2014a, p.6).

A aquisição de patologias (obesidade, hipertensão, cardiopatia e distúrbios imunológicos) e deficiências (limitações neurais, sensoriais, intelectuais, ou físico-motoras) são consideradas situações que geram impactos negativos na saúde da pessoa.

Elementos socioeconômicos também foram mencionados, como pode ser observado no trecho abaixo:

[...] problemas socioeconômicos, aspectos como a urbanização, a distribuição de renda e a escolarização promovem também significativo impacto nos modos de vida da população, com conseqüente impacto sobre o cuidado com a saúde (USP, 2014a; p.6).

Por último, as diferentes etapas do ciclo vital (infância, adolescência, fase adulta e terceira idade) e certas condições específicas, como gestantes e atletas, não são consideradas condições negativas à saúde, mas requerem conhecimentos específicos no processo de promoção da saúde.

Mediante estes aspectos apresentados, considera-se que o PPP compreende a estado de saúde de uma pessoa como dinâmico, que pode ser influenciado por diversos fatores. A Tabela 30 apresenta os principais termos identificados nas quatro unidades de registro desta categoria.

Tabela 30. Principais palavras/termos identificadas nas quatro unidades de registro da Categoria 2 – Saúde como condição dinâmica, na análise do PPP do Curso B.

Palavra/Termo	f
problemas socioeconômicos	2
impacto	2
etapas do ciclo vital	1
necessidades específicas	1
não praticam qualquer tipo de atividade física	1
urbanização	1
distribuição de renda	1
escolarização	1
(questões) ambientais	1
(questões) culturais	1
Total	12

f = frequência de ocorrência

Categoria 3 – Mutiprofissional e Multidisciplinar: em três unidades de registro ocorre a menção de que a formação deve preparar o profissional de EF para atuação em equipes multidisciplinares e multiprofissionais de saúde, como demonstra o trecho a seguir:

O Bacharel em EFS será capaz de atuar individualmente ou integrando equipes multi e interdisciplinares em Saúde, considerando a multidimensionalidade que significa lidar com a saúde das pessoas (USP, 2014a, p.5).

A Tabela 31 apresenta os principais termos das unidades de registro desta categoria.

Tabela 31. Principais termos identificados nas três unidades de registro da Categoria 3 – Multiprofissional e Multidisciplinar, na análise do PPP do Curso B.

Palavra/Termo	f
capaz de atuar	2
formação de profissionais	1
equipes multi e interdisciplinares em saúde	1
equipes multidisciplinares da saúde	1
equipes interdisciplinares e multiprofissionais	1
Total	6

f = frequência de ocorrência

4.2.2 Conceito de Saúde nos Programas de Ensino

Foi analisado o conceito de saúde dos programas de ensino que possuíam a palavra “saúde”. A Tabela 32 apresenta as características gerais dos 26 componentes curriculares selecionados para esta análise.

Tabela 32. Características gerais dos componentes curriculares selecionados para análise do conceito de saúde no Curso B (n=26).

Título	CH	Tipo	Sem
Introdução e História da Educação Física e Esporte	60	Obrigatória	1
Fundamentos da Educação Física e Saúde	60	Obrigatória	1
Atividades de Cultura e Extensão Universitária em Educação Física e Saúde I	30	Obrigatória	2
Psicologia, Educação e Temas Contemporâneos	30	Optativa	2
Psicologia, Educação e Temas Contemporâneos: Uma Visão Psicanalítica	30	Optativa	2

continua...

conclusão.			
Título	CH	Tipo	Sem
Antropologia e Sociologia da Educação Física e Esporte	60	Obrigatória	3
Atividades de Cultura e Extensão Universitária em Educação Física e Saúde II	30	Obrigatória	3
Ginástica para Todos	60	Optativa	3
Fundamentos do Treinamento Físico	60	Obrigatória	5
Programa de Atividade Física para a Infância I	90	Optativa	5
Estudos Avançados em Saúde Pública e Atividade Física	30	Optativa	5
Promoção da saúde	30	Optativa	5
Gestão e Políticas Públicas em Atividade Física	60	Obrigatória	6
Primeiros Socorros	60	Obrigatória	6
Programa de Atividade Física para a Adolescência I	90	Optativa	6
Programa de Atividade Física para a Idade Adulta I	90	Optativa	6
Atividade Física e a Preparação Corporal do Artista	60	Optativa	6
Seminários em Educação Física e Saúde I	90	Obrigatória	7
Programa de Atividade Física para a Adolescência II	60	Optativa	7
Programa de Atividade Física para a Idade Adulta II	60	Optativa	7
Programa de Atividade Física para a Velhice I	90	Optativa	7
Estudos Avançados em Fisiologia do Exercício I	60	Optativa	7
Fundamentos Teórico-Práticos do Treinamento de Força	60	Optativa	7
Seminários em Educação Física e Saúde II	90	Obrigatória	8
Programa de Atividade Física para Portadores de Doenças Cardiorespiratórias, Imunológicas e Metabólicas	90	Optativa	8
Estudos Avançados em Fisiologia do Exercício II	90	Optativa	8
Total	1620	---	---

CH = carga horária em horas; **Sem**= semestre de oferta.

A maioria dos componentes curriculares analisados no Curso B é de caráter optativo (16). Além disso, observou-se que o número de componentes curriculares com a palavra saúde embutida no programa de ensino é maior na segunda metade do curso (18), ou seja, a partir do 5º semestre.

Assim como ocorreu na análise dos planos de ensino do Curso A, o processo de análise do Curso B revelou que as informações contidas nos documentos eram relativamente limitadas. Os documentos não apresentavam um conceito de saúde explícito e específico. Sendo assim, mais uma vez, a estratégia utilizada foi identificar os trechos dos documentos que continham a palavra “saúde” e realizar a análise do contexto associado a esta palavra.

A análise dos planos de ensino do Curso B revelou que a palavra “saúde” era citada 116 vezes, o que culminou na identificação de 82 unidades de registro, as quais

possibilitaram o procedimento de categorização. Uma mesma unidade de registro poderia conter informações que sustentassem a criação de uma ou mais categorias de sentido. O Quadro 9 apresenta as cinco categorias que emergiram a partir desta análise. A ordem de apresentação das categorias representa o grau de importância das mesmas, que foi determinado em função do número de unidades de registro que compõem.

Quadro 9. Categorias elaboradas a partir da análise dos programas de ensino do Curso B.

Categoria	Nº de UR	Descrição
1 – Educação Física e Saúde.	66	Objetivos, meios e locais de intervenção do profissional de educação física no campo da saúde.
2 – Educação Física, Saúde e Ciências Humanas e Sociais.	13	Compreensão da relação entre os campos da educação física e saúde à luz das ciências humanas e sociais.
3 – Saúde como condição dinâmica.	10	Fatores que alteram as condições de saúde do ser humano.
4 – Multiprofissional e Multidisciplinar.	5	Práticas multiprofissionais e multidisciplinares na formação do profissional de educação física.
5 – Avaliação da Saúde.	1	Rotinas de avaliação da Educação Física aplicadas à promoção da saúde.

UR= Unidades de Registro

Categoria 1 - Educação física e saúde: sessenta e seis unidades de registro traziam elementos que indicavam as possíveis relações entre os campos da EF e da saúde. A análise identificou três principais sentidos desta relação: 1) os objetivos das intervenções da EF no campo da saúde; 2) os meios desta intervenção; e 3) os locais de atuação do profissional de EF no campo da saúde.

Das 66 unidades de registro desta categoria, 43 indicavam uma finalidade para as intervenções do profissional de EF no campo da saúde. Conforme observado na Tabela 33, de forma generalizada, as ações do profissional de EF no campo da saúde tem como principal objetivo promover a saúde e melhoria da qualidade de vida. Os trechos abaixo apresentados na íntegra apresentam o emprego destes termos.

Ao final do curso o aluno deverá ter participado de eventos de cultura e extensão universitária que proporcionaram maior conhecimento da importância da atividade física para a **melhoria da saúde e qualidade de vida** da população (grifo meu).

Prescrição e planejamento do treinamento físico direcionado para **promoção da saúde e qualidade de vida** (grifo meu).

Tabela 33. Principais palavras/termos identificadas nas 43 unidades de registro relacionadas ao objetivos da intervenção, na análise dos programas de ensino do Curso B.

Palavra/Termo	f
saúde	28
promoção da saúde	16
aptidão física	12
qualidade de vida	6
educação física	5
prevenção de doenças	3
estilo de vida	1
bem estar	1
Total	72

f = frequência de ocorrência

Promoção da saúde e qualidade de vida podem ser considerados objetivos gerais e amplos. Por outro lado, de uma forma mais específica, a frequência de ocorrência do termo “aptidão física” chamou a atenção, pois a análise apontou que o desenvolvimento da aptidão física relacionada à saúde constitui o principal caminho para que os objetivos de promoção da saúde e melhora da qualidade de vida sejam alcançados, como pode ser observado nos trechos na íntegra a seguir. Outro destaque é a prevenção das doenças ser pouco destacada como objetivo das intervenções.

Elaborar, ministrar e avaliar programas de atividade física para adolescentes visando à aquisição de habilidades motoras, o desenvolvimento da aptidão física e a utilização da atividade física como ferramenta de lazer e promoção da saúde.

Fornecer referencial teórico-prático para elaboração de programas de treinamento físico, com ênfase na aptidão física voltada para saúde.

Os meios da intervenção deste profissional no campo da saúde foram identificados em 46 unidades de registro, das 66 que compõem esta categoria. Conforme observado na Tabela 34, o termo “atividade física” aparece como principal meio de intervenção, ou seja, a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida seria alcançada pela elaboração, implementação e avaliação de programas de atividades físicas para a população. Vale lembrar que este programa de intervenção tem como foco o desenvolvimento da aptidão física relacionada à saúde. O esporte, a

ginástica e o exercício físico também são mencionados como meios de intervenção. A seguir dois trechos, na íntegra, que mencionam os meios de intervenção do profissional de EF no campo da saúde:

Discutir características de programas de atividade física na adolescência voltados à promoção da saúde.

Reconhecer os meios para o conhecimento das populações, grupo de pessoas para a elaboração, implementação, avaliação e gestão de programas de promoção da atividade física para as pessoas, no âmbito da saúde Pública.

Tabela 34. Principais palavras/termos identificadas nas 46 unidades de registro da relacionadas ao meios da intervenção, na análise dos programas de ensino do Curso B.

Palavra/Termo	f
atividade(s) física(s)	35
programas	12
esporte/ esportivas	8
exercício físico	5
treinamento físico/força	4
ginástica	3
Total	67

f = frequência de ocorrência

Foram identificadas 17 unidades de registro que mencionaram locais de atuação dos profissionais de EF no campo da saúde. Conforme pode ser observado na Tabela 35, o âmbito da Saúde Pública configura o foco dos locais de intervenção. A Estratégia de Saúde da Família e os NASF são os vínculos mencionados ao SUS. A seguir dois trechos, na íntegra, sobre a menção dos locais de intervenção:

Discutir o Sistema Único de Saúde, Estratégia de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as relações com a área de atividade física.

Contextualizar a Saúde Pública no Brasil e os papéis das atividades físicas no discurso em saúde pública

Tabela 35. Principais palavras/termos identificadas nas 17 unidades de registro relacionadas aos locais da intervenção do profissional de EF, na análise dos programas de ensino do Curso B.

Palavra/Termo	f
saúde pública	7
sistema único de saúde	3
estratégia de saúde da família	3
núcleos de apoio à saúde da família	3
serviços básicos de saúde	1
Total	17

f = frequência de ocorrência

Categoria 2 – Educação Física, Saúde e Ciências Sociais: em 13 unidades de registro foi observado um contexto de promover uma análise e compreensão da relação entre os campos da EF e saúde com base nos conhecimentos oriundos das ciências humanas e sociais. O objetivo era fazer com que os futuros profissionais considerem o contexto da realidade social brasileira, tanto coletiva quanto individual, no processo de elaboração e aplicação de programas de atividade física para a promoção da saúde. A Tabela 36 apresenta as principais palavras/termos identificados nestas unidades de registro que associam o campo da saúde com temas da área sociocultural. A seguir, trechos na íntegra de duas unidades de registro desta categoria:

Definição e conceituação de atividade física, educação física e esporte: Área acadêmica, profissão e fenômeno sócio cultural; Relação com a saúde (valores, ética e problemáticas/ ambigüidades).

As tendências pedagógicas norteadoras das práticas da educação em saúde e suas influências na gestão e implementação e avaliação de programas e práticas de atividades físicas.

Tabela 36. Principais palavras/termos identificadas nas 13 unidades de registro da Categoria 2, na análise dos programas de ensino do Curso B.

Palavra/Termo	f
saúde/promoção da saúde	10
programas e práticas de atividades físicas	4
educação em saúde	4
políticas públicas	3
gestão	3
esporte	3

continua...

Palavra/Termo	f
violência	3
sexualidade/diferenças sexuais	3
realidades sociais, políticas e econômicas.	2
atividade física/motora	2
psicologia	2
qualidade de vida	2
relações humanas/interpessoais	2
sociologia	1
antropologia	1
saúde pública	1
tendências pedagógicas	1
análise historiográfica	1
fenômeno sociocultural	1
valores (morais)	1
ética	1
investigações qualitativas	1
psicanálise	1
família	1
toxicodependência	1
religião	1
situações de risco	1
Total	57

f = frequência de ocorrência

Categoria 3 – Saúde como condição dinâmico: em dez unidades de registro são mencionados diferentes contextos que influenciam o estado de saúde das pessoas, os quais devem ser considerados e analisados na prática do profissional de EF. O primeiro deles se refere aos cuidados prestados a vítimas de acidentes durante a prática esportiva, evidenciando procedimentos para não agravar as condições de saúde do acidentado.

Deverão conhecer a técnica de transporte e de imobilização do acidentado, evitando, principalmente, condutas que não devem ser tomadas, ou que possam agravar as condições de saúde da vítima.

O segundo contexto aborda os cuidados na prescrição de programas de atividade física para pessoas portadoras de necessidades especiais, ou seja, pessoas acometidas por doenças cardiorrespiratórias (aterosclerose, doenças cerebrovasculares, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, doenças respiratórias restritivas e obstrutivas), doenças metabólicas

(hipertireoidismo e hipotireoidismo, obesidade, diabetes, dislipidemia e síndrome metabólica) e doenças imunológicas (AIDS, neoplasia e doenças reumáticas). A aquisição destas patologias é considerada situação que gera impactos negativos na saúde da pessoa e necessita de cuidados especiais por parte dos profissionais da saúde.

Preparar o profissional da área de atividade física para a atuação em equipes de saúde multidisciplinar e para atuação como treinadores pessoais de pessoas portadoras de necessidades especiais.

Por último, diferentes etapas do ciclo vital (infância, adolescência e fase adulta) e a saúde do trabalhador não são consideradas condições negativas à saúde, mas que requerem conhecimentos específicos do profissional no processo de promoção da saúde.

Discutir as relações entre **saúde do trabalhador** e atividade física.

Capacitar o aluno para integrar uma equipe multidisciplinar de saúde do adolescente.

A Tabela 37 apresenta os principais termos identificados nas dez unidades de registro desta categoria.

Tabela 37. Principais palavras/termos identificadas nas 10 unidades de registro da Categoria 3, na análise dos programas de ensino do Curso B.

Palavra/Termo	f
atividade física/programa de atividade física/exercício físico	7
saúde/promoção da saúde/ equipes de saúde	3
saúde do trabalhador	3
adolescência/adolescente	2
adultos/adultos saudáveis	2
saúde da criança	1
Acidentado	1
condições de saúde	1
portadoras de necessidades especiais	1
Total	23

f = frequência de ocorrência

Categoria 4 – Multiprofissional e Multidisciplinar: cinco unidades de registro apontavam que a formação deve preparar o profissional de EF para atuação em equipes interdisciplinares e multiprofissionais de saúde, como demonstra o trecho a seguir:

Reconhecer os campos de ação da Promoção da Saúde como eminentemente interdisciplinar e de atuações multiprofissionais, reconhecendo os papéis dos diferentes profissionais envolvidos.

A Tabela 38 apresenta os principais termos identificados nas cinco unidades de registro desta categoria.

Tabela 38. Principais palavras/termos identificadas nas cinco unidades de registro da Categoria 4, na análise dos programas de ensino do Curso B.

Palavra/Termo	f
equipe multiprofissional de saúde	3
Interdisciplinar	2
multiprofissional	2
Total	13

f = frequência de ocorrência

Categoria 5 - Avaliação da saúde: em uma unidade de registro a palavra saúde foi associada a um contexto de avaliação. Conforme observado no trecho na íntegra apresentado na sequência, a avaliação da saúde é realizada a partir do desempenho físico, norteadas por parâmetros fisiológicos.

Fisiologia do exercício, avaliação do desempenho físico (saúde vs alto rendimento), nutrição e metabolismo do exercício, e regulação central do exercício por meio das ações do sistema nervoso central.

4.2.3 *Conceito de saúde dos docentes*

A análise de conteúdo das respostas dos docentes do Curso B possibilitou a elaboração de duas categorias, que são apresentadas no Quadro 10. A ordem de apresentação das categorias representa o grau de importância das mesmas, que foi determinado em função do número de unidades de registro que a compõem.

Quadro 10. Categorias elaboradas a partir da análise do conceito de saúde dos docentes do Curso B.

Categoria	Nº de docentes	Nº de UR	Descrição
1 – Ampliado	8	22	Conceito de saúde envolvendo diferentes dimensões: biológica, psicológica e social.
2 – Autonomia	4	7	Saúde relacionada à capacidade do indivíduo de realizar suas atividades profissionais, pessoais ou sociais.

UR=Unidades de registro

Categoria 1 – Ampliado: de forma unânime os participantes indicaram a adoção de um conceito de saúde amplo no processo de formação profissional. Esta observação foi constatada em 22 unidades de registro. Diferentes discursos foram utilizados para indicar um conceito de saúde amplo, os quais serão exemplificados na seguir.

Alguns participantes mencionaram explicitamente a adoção de um conceito ampliado de saúde, como demonstram as seguintes falas:

[...] saúde é uma condição ampliada integrada do ser humano na sua totalidade [...] (SP02)

[...] nos trabalhamos com uma perspectiva com conceito amplo de saúde [...] (SP03)

Muitas vezes a indicação de um conceito amplo de saúde vinha atrelada à afirmação de que a condição de saúde de uma pessoa transcendia os aspectos puramente biológicos/físicos, contrapondo um conceito de saúde baseado na ausência de doenças. A seguir trechos da fala de participantes que apresentaram este discurso.

[...] a gente tem uma tendência de trabalhar com o conceito de saúde mais amplo do que o conceito que se utilizava a vinte trinta anos atrás que era algo apenas relacionado com a ausência de doenças [...] (SP01)

[...] então assim no geral eu acabo entendendo saúde como um/uma coisa mais plena um bem-estar não só físico e um bem-estar físico não necessariamente queira dizer a ausência de doença [...] (SP08)

Em algumas falas o conceito amplo de saúde foi identificado pela indicação de diferentes aspectos que devem ser considerados para avaliar a condição de saúde de um indivíduo ou grupo de indivíduos. Neste discurso não havia a preocupação de indicar a contraposição a um conceito de saúde com foco apenas em aspectos

físicos/biológicos, mas sim de indicar a diversidade de fatores que devem ser levados em consideração na análise da condição de saúde das pessoas.

[...] nos trabalhamos com uma perspectiva com conceito amplo de saúde... a gente tem muita base nos fatores determinantes da saúde... que no Brasil são originários da lei 8080 de 1990 que coloca que a saúde tem como fatores determinantes transporte educação saneamento básico moradia meio ambiente lazer trabalho renda e mais recentemente a atividade física [...] (SP03)

[...] para mim saúde tem que de fato considerar todas as dimensões do ser humano né [...] mas se tiver que dividir biológica psicológica e não é só social é sociocultural política econômica sei lá... tudo junto né... é claro é muito difícil talvez por isso a gente precise de uma equipe multidisciplinar para conseguir entender melhor o ser humano para bolar uma estratégia para ele [...] (SP04)

Por último, houve também a menção ao conceito de saúde da OMS, como pode ser observado nas falas a seguir.

[...] então a saúde acho que acompanha um pouco o conceito da organização mundial da saúde em oposição ao modelo tradicional de ausência de doença [...] (SP02)

Holístico, semelhante ao difundido pela OMS (não apenas a ausência de doenças, mas o bem-estar bio-psico-social) (SP07)

A Tabela 39 apresenta os principais termos que auxiliaram na identificação de um conceito amplo de saúde na fala dos docentes.

Tabela 39. Principais termos que indicaram o conceito de saúde amplo dos docentes do Curso B.

Palavra/Termo	f
bem estar biológico/físico, socioeconômico e mental/psicológico	10
conceito amplo/abrangente de saúde	7
determinantes da saúde	5
não apenas a ausência de doenças	3
coisa mais plena/ampla	3
conceito (saúde) da organização mundial da saúde	2
todas as dimensões do ser humano	2
bem-estar não só físico	2
condições de vida	2
condição ampliada integrada	1
conjunto de recursos	1
vários tipos de esfera (da saúde)	1
tudo tem que ser considerado	1
Total	40

f = frequência de ocorrência

Conforme demonstrado no primeiro item da Tabela 39, o conceito de saúde ampliado mencionado pelos docentes abrange três dimensões: I) a biológica/física; II) a mental/psicológica; e III) a socioeconômica. A Tabela 40 abaixo apresenta o número os termos e sua respectiva frequência para cada uma dessas dimensões.

Tabela 40. Principais palavras e termos que indicaram as diferentes dimensões do conceito de saúde dos docentes do Curso B.

Dimensão	Palavra/Termo	f
Biológica/Física	bem estar/aspecto físico	9
	ausência de doenças	5
	bem estar/aspecto biológico	5
	bem estar motor	1
	atividade física	1
	Subtotal	21
Mental/Psicológica	bem estar/aspecto psicológico	7
	bem estar/aspecto mental	5
	bem estar emocional	3
	felicidade	1
	Subtotal	16
Socioeconômica	bem estar/aspecto social	11
	trabalho/renda/bem estar econômico	5
	educação	2
	moradia	2
	meio ambiente	2
	transporte	1
	saneamento básico	1
	lazer	1
	aspecto sociocultural	1
	aspecto político	1
	Subtotal	27
	Total	64

f = frequência de ocorrência

Categoria 2 – Autonomia: em sete unidades de registro o conceito de saúde foi associado a uma condição de autonomia, ou seja, uma pessoa é considerada saudável quando possui condições de realizar as atividades que lhe promovam o bem estar biopsicossocial e autonomia de escolha das atividades que deseja realizar. Neste sentido, a promoção da saúde foi compreendida como um processo de empoderamento da população para os diversos determinantes que envolvem o seu bem estar. É importante ressaltar o destaque atribuído ao dever do estado em promover as condições mínimas para que o indivíduo realize as atividades necessárias para o seu

bem estar biopsicossocial. Abaixo alguns trechos na íntegra das falas dos docentes que representam este conceito de saúde baseado na autonomia.

[...] saúde é o conjunto de recursos de possibilidades de bem estar que promovem ao ser humano as condições para ele desenvolver e realizar o seu mais pleno potencial [...] (SP02).

[...] o estado tem uma participação importante para prover a questão da saúde na população para que as pessoas tenham escolhas para que as pessoas tenham autonomia para fazerem as escolhas [...] (SP03)

[...] o indivíduo nas questões de saúde... ele deve ter... possibilidades de identificar aquelas questões que lhe afligem ou que atrapalhe o seu estado de saúde e que ele deve de alguma maneira individualmente ou coletivamente buscar soluções para isso... eu diria que assim é uma visão mais do entendimento da necessidade de empoderamento individual e coletivo para as questões do dia a dia mesmo [...] (SP05)

A Tabela 41 apresenta os principais termos identificados nas sete unidades de registro que constituíram esta categoria do conceito de saúde dos docentes.

Tabela 41. Principais palavras e termos que embasaram e elaboração da Categoria 2 – Autonomia, na avaliação do conceito de saúde dos docentes do Curso B.

Palavra/Termo	f
acesso a um conjunto de recursos que possibilitem o bem estar	4
tenham escolhas	2
tenham autonomia	2
saúde é um recurso de vida	1
empoderamento individual e coletivo	1
buscar recursos	1
é como o indivíduo trabalha com as suas questões de bem estar	1
possibilidades de identificar as questões que atrapalhem o seu estado de saúde	1
condições para ele desenvolver e realizar o seu mais pleno potencial	1
	total 14

f = frequência de ocorrência

4.2.4 *Papel do Profissional de Educação Física na Saúde*

O Quadro 11 apresenta as categorias e subcategorias identificadas nas respostas dos docentes, com a respectiva quantidade de docentes e unidades de registro que as compõem.

Quadro 11. Categorias elaboradas a partir da análise da opinião dos docentes do Curso B em relação ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

Categoria	Descrição	Subcategoria
1 - Atividade Física e Saúde 4D – 18 UR	Proporcionar a promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde por meio do incentivo a pratica de atividades físicas.	Promoção 7 UR
		Reabilitação 6 UR.
		Prevenção 5 UR
2– Multiprofissional/ Intersetorial 3 D - 9 UR	Atuação em contexto multiprofissional e intersetorial de saúde.	-----
3 – Promoção da saúde 3 D - 3 UR.	A partir de um conceito de saúde ampliado, assume a atividade física com um dos determinantes de saúde. Neste contexto, o profissional de EF é responsável por promover/estimular a prática da atividade física, que tem como objetivos a promoção da saúde.	-----
4 – Educação 2 D - 3 UR	Papel do professor de educação física no campo da saúde	-----
5 – Empoderamento 1 D. - --- UR	Promover o autocuidado da saúde por meio do empoderamento. Crítica ao modelo de atenção à saúde prescritivo.	-----

D= docentes; UR= unidades de registro.

Categoria 1 – Atividade Física e Saúde: as unidades de registro desta categoria indicaram uma relação direta entre a prática de atividades físicas e a promoção, prevenção e reabilitação da saúde, ou seja, o profissional de EF oferta programas de atividades físicas e os indivíduos que aderem a estas práticas obtêm os seus benefícios e, conseqüentemente, melhoram aspectos da sua qualidade de vida e da condição de saúde.

No caso da promoção da saúde, os docentes mencionaram que o profissional de EF tem como função promover a saúde por meio da promoção da atividade física. A seguir dois trechos da fala dos docentes que demonstram este papel deste profissional:

Primeiro eu acho que ele tem que promover a atividade física... ah como meio de promoção da saúde [...] (SP01)

[...] dentro dos programas de promoção da saúde também trabalhar a promoção da atividade física [...] (SP03)

Conforme observado na Tabela 42, os termos “promoção da saúde” e “promoção da atividade física” apareceram com alta frequência nas sete unidades de registro desta subcategoria **Geral**.

Tabela 42. Termos chaves e respectiva frequência nas 7 unidades de registro referentes à subcategoria **Geral**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

Palavra/Termo	f
promoção da atividade física	6
promoção da saúde	5
Total	11

f= frequência de ocorrência.

Levando em consideração o número unidades registro, a reabilitação mostrou ser o segundo objetivo mais citado nas intervenções do profissional de EF no campo da saúde. Abaixo alguns trechos das falas dos docentes:

[...] a atividade física também interfere diretamente em processos de recuperação de saúde quando as pessoas estão por algum motivo debilitadas seja qual for o tipo de sofrimento que eles padeçam de origem orgânica ou psíquica [...] (SP02)

[...] recuperação ou reversão de efeitos deletérios de um processo patológico de um distúrbio metabólico... o exercício/a maior parte da massa crítica de conhecimento tá voltado para a reabilitação nestes diferentes contextos né [...] (SP08)

A Tabela 43 apresenta os principais termos relacionados ao papel do profissional de educação física ligado ao processo de reabilitação da saúde das pessoas.

Tabela 43. Termos chaves e respectiva frequência nas 6 unidades de registro referente a subcategoria **Reabilitação**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

palavra/termo	f
recuperação/reabilitação/tratamento	10
Trauma	1
lesão	1
Doença	1
tipo de sofrimento	1
pessoas debilitadas	1

continua...

	conclusão.
palavra/termo	f
padeçam de origem orgânica ou psíquica	1
reabilitação cardíaca	1
reabilitação osteomolecular	1
(reabilitação) do aparelho locomotor	1
efeitos deletérios	1
processo patológico	1
distúrbio metabólico	1
total	22

f= frequência de ocorrência.

Em função do número de unidades de registro, a prevenção de doenças mostrou-se ser o objetivo mais distante das intervenções do profissional de EF no campo da saúde. Abaixo dois trechos que apresentam a prevenção da saúde como papel deste profissional.

[...] se eu pensar nas doenças crônicas degenerativas nas doenças cardiovasculares etc tem aumentado enormemente metabólicas né... então eu acho essencial o papel da educação física principalmente com prevenção quando a gente pensa em prevenção ao longo da vida [...] (SP04)

[...] o profissional de educação física deveria atuar principalmente mas não exclusivamente mas principalmente na prevenção... porque quando a gente pensa nestas doenças mais modernas né da vida mais moderna grande parte delas tem uma associação mais ou menos direta com a imobilidade física ou a inatividade física melhor dizendo [...] (SP08)

A Tabela 44 apresenta os principais termos relacionados ao papel do profissional de EF ligado ao processo de prevenção das doenças.

Tabela 44. Termos chaves e respectiva frequência nas 5 unidades de registro referente a subcategoria **Prevenção**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

palavra/termo	f
prevenção	3
o papel da educação física principalmente com prevenção	2
imobilidade física/inatividade física	2
prevenção ao longo da vida	1
a educação física é essencial na prevenção primária	1

continua...

	conclusão.
palavra/termo	f
educação física	1
doenças crônicas degenerativas	1
doenças cardiovasculares	1
(doenças) metabólicas	1
doenças mais modernas	1
total	14

f= frequência de ocorrência.

Categoria 2 – Multiprofissional: foi atribuído ao profissional de EF a necessidade de atuação em contexto multiprofissional e intersetorial de saúde. O sistema único de saúde foi mencionado como ambiente profissional que exige esta perspectiva de trabalho em saúde, em função das diretrizes que norteiam sua prática profissional. O trabalho em equipe multiprofissional pressupõe uma troca de saberes, exigindo uma linguagem de comunicação do setor em comum. Nesta troca, o profissional de EF é o especialista na a promoção da atividade física, sendo responsável por contribuir com seu conhecimento específico no trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

[...] interagir com outros profissionais da saúde contribuindo com o seu saber específico com relação ao movimento atividade física [...] (SP02)

[...] se nos discutirmos o sistema único de saúde... o profissional de educação física é um agente qualificador de outros profissionais dentro das equipes **(de saúde)** quando nós discutimos a promoção da atividade física [...] (SP03)

Um docente atribuiu um papel diferenciado ao profissional de EF no contexto de trabalho multiprofissional e intersetorial de saúde. Segundo ele, este profissional possui o potencial para ser o principal disparador desta rede. Tal indicação teve como base as características de atuação e aproximação do profissional de EF com a população, que, segundo este docente, tem uma participação frequente na vida das pessoas, sendo que, em muitos casos, este contato é semanal, podendo estar vinculado ou não aos sistemas especializados de saúde. Este contato frequente somado à devida formação como um agente de saúde articulador de redes atribuem a este profissional importante papel na saúde pública. Abaixo um trecho da fala deste docente:

[...] eu acho que a gente tem um papel disparador da criação dessas redes... que eu acho que na medida que o profissional de educação física tá atuando num âmbito que não é necessariamente um âmbito tradicional da saúde e que o contato com a população ele é um contato mais estreito do que os outros profissionais da saúde mais estreito mais frequente né... eu acho que a gente teria um papel fundamental nesse disparar dessa relação mais estreita com a atenção primária em saúde [...] (SP06)

A Tabela 45 apresenta as principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro que fomentaram a criação da **Categoria 2 – Multiprofissional**.

Tabela 45. Termos chaves e respectiva frequência nas nove unidades de registro referentes à **Categoria 2 – Multiprofissional**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

palavra/termo	f
atuação interdisciplinar/multiprofissional	7
articulação de redes/intersetorialidade	7
papel disparador de redes	5
promoção da atividade física/movimento	4
equipes de saúde	2
interagir com outros profissionais da saúde	1
saber específico	1
sistema único de saúde	1
contato com a população	1
contato mais estreito	1
contato frequente	1
contato invariavelmente com atribuição de um significado muito forte	1
total	32

f= frequência de ocorrência.

Categoria 3 – Promoção da saúde: a partir de um conceito de saúde ampliado, a atividade física é identificada como um dos determinantes de saúde. Interessante notar aqui o discurso contra um modelo prescritivo e individualizado de atividade física, utilizando uma linguagem de promoção da atividade física em termos coletivos, populacionais. Neste contexto, o profissional de EF é responsável por promover/estimular a prática da atividade física, que pode ter como objetivos a promoção da saúde. Abaixo trechos das falas dos docentes no sentido apresentado nesta categoria.

[...] o profissional de educação física ele tem um papel importante no campo da saúde principalmente no contexto amplo de saúde... se a gente analisar os fatores determinantes da saúde... ele pode contribuir em vários desses fatores em uma perspectiva interdisciplinar intersetorial... e também no campo específico dele que é um fator determinante da saúde que é atividade física também [...] (SP03)

[...] a gente reforça a importância de ele ter uma visão de atuação que não seja a prescrição individualizada [...] que ele tem que ter a noção de intervenções mais coletivas e aí para isso a gente basicamente adota no meu caso pelo menos nas disciplinas que eu trabalho com os princípios da promoção da saúde [...] (SP05)

A Tabela 46 apresenta as principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro que indicaram que o profissional de EF tem a função de promover a prática da atividade física a partir de um conceito ampliado de saúde, reconhecendo a atividade física como um dos determinantes da saúde.

Tabela 46. Termos chaves e respectiva frequência nas 3 unidades de registro referentes à Categoria 1 – Promoção da atividade física, nas respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

Palavra/Termo	f
fatores determinantes da saúde	4
atividade física/movimento como um dos fatores determinantes da saúde	4
sistema de saúde/políticas públicas de saúde	3
atuação interdisciplinar e intersetorial	2
saúde só pode ser pensada de uma maneira integrada	1
saúde não pode ser dissociada dos seus aspectos físicos, emocionais e motores	1
contexto amplo de saúde	1
atuação que não seja a prescrição individualizada	1
intervenções mais coletivas	1
o profissional de educação física pode melhorar os fatores determinantes da saúde	1
identificar o território	1
participação popular	1
empoderamento	1
promoção da saúde	1
Total	23

f= frequência de ocorrência.

Categoria 4 – Educação: esta última categoria foi motivada pela fala de dois docentes que, apesar de estarem cientes de que o presente estudo tratava da formação de bacharéis em EF, mencionaram o papel do professor de EF no campo da saúde.

Neste sentido, os docentes afirmaram que o professor de EF é responsável pelo empoderamento dos alunos em ambiente escolar (básico, médio ou superior) em relação aos aspectos da atividade física que são relacionados às questões da promoção da saúde. Ao mesmo tempo, este professor deve fornecer conhecimentos que propiciem autonomia na escolha das práticas corporais ao longo da vida e promovam um estilo de vida fisicamente ativo.

[...] dentro do campo da educação na formação seja no nível básico médio ou superior do nível de educação é... considerar os aspectos da atividade física do conhecimento da apropriação corpórea dos sentidos e significados deste movimento dos seus movimentos frente a outras questões relacionadas à saúde (SP02)

[...] então eu acho que tem que ser nesse processo educativo mais sério tem que mudar muito visando a saúde no entendimento do indivíduo de que ele tem que ser ativo para ele próprio né [...] (SP04)

A Tabela 47 apresenta as principais palavras/termos identificadas nas unidades de registro que fomentaram a criação da **Categoria 3 – Educação**.

Tabela 47. Termos chaves e respectiva frequência nas três unidades de registro referente a **Categoria 3 – Educação**, na avaliação das respostas dos docentes do Curso B quanto ao papel do profissional de EF no campo da saúde.

palavra/termo	F
campo da educação	1
nível básico médio ou superior do nível de educação	1
dentro da escola	1
processo educativo	1
processo de formação	1
aspectos da atividade física	1
apropriação corpórea dos sentidos e significados deste movimento frente as questões relacionadas à saúde	1
entendimento do indivíduo de que ele tem que ser ativo	1
saber se movimentar	1
trazer isso para a sua vida	1
levar isso para a sua vida	1
total	11

f= frequência de ocorrência.

Categoria 5 – Empoderamento: um docente em particular apresentou uma perspectiva diferenciada nesta relação entre o profissional de EF e a promoção da

saúde, o que motivou a elaboração desta categoria. Como observado no Quadro 11, a presente categoria não possui indicação de unidades de registro, pois emergiu do discurso específico de um único docente.

O docente menciona o “empoderamento” como meio de promoção da saúde, constituindo a principal função do profissional de EF no campo da saúde. Este discurso tem como base as diretrizes do sistema de saúde e das políticas públicas de saúde. Neste sentido, o docente chama a atenção da necessidade de intervenções de caráter coletivo, transcendendo a forma de atuação baseada única e exclusivamente na prescrição de programas de treinamento físico. Abaixo um trecho da fala deste docente:

[...] a gente procura formar este primeiro entendimento de que como funciona o sistema de saúde e intervir neste campo... que ele tenha o conhecimento das diretrizes colocadas aí pelas políticas públicas do nosso país [...] a gente reforça a importância de ele ter uma visão de atuação que não seja a prescrição individualizada [...] que ele tem que ter a noção de intervenções mais coletivas e aí para isso a gente basicamente adota no meu caso pelo menos nas disciplinas que eu trabalho com os princípios da promoção da saúde e muito também que a própria sistematização do sistema de saúde traz que é identificar o território considerar a participação popular... você trabalhar com o empoderamento desta comunidade [...] (SP05)

4.2.5 Aproximação com o campo de trabalho da saúde

Os alunos do Curso B iniciam as atividades do estágio curricular obrigatório a partir do 5º semestre letivo do curso, compreendendo um total de 480 horas (USP, 2014a). A carga horária do estágio é distribuída e integralizada por meio das disciplinas de Estágio Supervisionado em Atividade Física I, II, III e IV, ofertadas no 5º, 6º, 7º e 8º semestres, respectivamente.

A organização das disciplinas de estágio prevê um período de uma semana que antecede o início do semestre letivo a fim de ministrar uma parte da disciplina de forma condensada. Este momento da disciplina de estágio é denominado de “disciplina intersemestral”, que tem por objetivo discutir “questões do trabalho, da formação profissional, de planejamento de carreira e também oferece orientações administrativas

e burocráticas relacionadas ao processo de estágio obrigatório e não obrigatório” (USP, 2014a, pg. 26).

Um dos três docentes responsáveis pelas disciplinas de Estágio Supervisionado (participante SP05) informou que no período intersemestral da disciplina de Estágio Supervisionado I é apresentada toda a dinâmica das atividades de estágio que serão desenvolvidas ao longo dos quatro semestres. Neste contexto, são abordadas questões burocráticas, orientações de confecção de plano de trabalho, planos de aula e relatórios, assim como um processo de conscientização da importância das atividades de estágio.

Ainda segundo este docente, no período intersemestral das disciplinas de Estágio Supervisionado II e III são tratados assuntos relacionados à formação e carreira profissional. Neste contexto, palestrantes são convidados (ex-alunos, profissionais da área da Educação Física e/ou Saúde, acadêmicos, entre outros) para compartilharem suas experiências acadêmicas e/ou profissionais.

Por fim, o docente mencionou que, no último semestre, os alunos confeccionam um memorial, que seria mais de que um relatório tradicional de estágio, contendo percepções particulares sobre aprendizados pessoais e profissionais. O memorial mencionado pelo docente está previsto no PPP do curso, como pode ser observado a seguir num trecho na íntegra do documento:

No último semestre os alunos escrevem um memorial sobre o processo de formação profissional e como o estágio obrigatório contribuiu para isso. As impressões, experiências e perspectivas dos alunos são relatadas articulando as vivências acadêmicas e de estágio com as suas histórias de vida. O memorial tem se demonstrado um importante instrumento de reflexão sobre a formação acadêmica tanto para os alunos quanto para o curso (USP, 2014a, pg 27)

Por fim, o docente explica que, após o período condensado intersemestral da disciplina, são realizadas reuniões com pequenos grupos ao longo do semestre letivo com o intuito de acompanhar o desenvolvimento das atividades que estão sendo realizadas no campo de estágio propriamente dito.

As 480 horas de estágio devem ser distribuídas dentro de quatro áreas pré-determinadas pelo PPP do curso, apresentadas no Quadro 12.

Quadro 12. Áreas do Estágio Supervisionado do Curso B.

Área	Descrição
I - Atividades físicas & saúde	Nesta área são consideradas atividades relacionadas à administração ou gestão de programas de atividade física em que o foco seja necessariamente na saúde. Neste contexto, tais programas podem conter atividades físicas, esportes, jogos, danças, lutas e outras formas de expressão do movimento humano. Tais atividades podem ser ofertadas em UBS's, NASF's, hospitais, centros de reabilitação; parques públicos, clubes, CEUs, SESC's, SESIs, academias, convênios de saúde, etc.
II - Atividades físicas, esportivas & populações especiais	Nesta área são considerados os mesmos critérios da Área I, com a diferença de que os programas de atividade física devem ter como foco populações especiais, que aqui são consideradas pessoas com: algum tipo de deficiência (física, visual, mental ou auditivo), doença mental, dependência química, obesidade, diabetes, cardiopatia, câncer ou reumatismo.
III – Atividades esportivas & artísticas	Nesta área, em termos esportivos, são consideradas atividades relacionadas à administração ou gestão de programas de treinamento esportivo com foco no incentivo à prática esportiva ou participação em competição esportiva. Tais atividades podem ser ofertadas em parques, clubes, centros esportivos, centros olímpicos, CEUs, SESC's, SESIs, academias, etc. Em termos artísticos, são consideradas as atividades físicas relacionadas à expressão artística (dança, teatro, circo) com foco na produção de apresentações/espetáculos.
IV – Pesquisa	São consideradas atividades de estágio nesta área a realização de Projetos de Iniciação a Pesquisa Científica e Projetos de Pesquisa Interinstitucionais/Intercentros. O estágio nesta área deverá ser realizado no 5º ou 6º semestre. Horas destinadas para apresentação de trabalhos em Congresso Científicos poderão ser contabilizadas. O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) não é considerado atividade de estágio.

Fonte: Regulamento do Estágio Supervisionado (USP, 2014b.).

O aluno possui certo grau de autonomia na designação da quantidade de horas que deseja fazer em cada uma das áreas, uma vez que o regimento de estágio determina que cada área deverá ter entre 20 a 30% da carga horária total do estágio (480 horas).

Durante as entrevistas, docentes que trabalham com as disciplinas de Estágio Supervisionado mencionaram que esta divisão das quatro áreas do estágio ainda é alvo de insatisfação, gerando reflexões sobre a necessidade de ajustes. Dentre os pontos levantados a este respeito, destaca-se a sobreposição de atividades entre as áreas e a

dificuldade na determinação da área de estágio contemplada pelo aluno. Vejamos a fala destes docentes:

[...] nós dividimos o estágio em quatro áreas... essa é uma divisão já antiga que é que eu acho que nos causa um certo desconforto porque a gente ainda acha que não está boa [...] a gente acha que essa divisão ainda não é boa porque ela/há muitas interfaces há muitos trânsitos né... então se a gente está trabalhando com a população especial será que precisaria ter uma área de saúde ou se né... mas quando a gente fala saúde por exemplo a gente está se referindo especificamente ao trabalho instituições hospitalares ou na estrutura da atenção primária em saúde? [...] (SP06)

[...] o que acaba acontecendo por exemplo esta questão o aluno/a gente tem quatro áreas de estágio... aí o aluno entra na academia então ele fala que agora ele está trabalhando com área de saúde... depois ele fala que está trabalhando dentro da academia com o pessoal que faz boxe e depois ele está trabalhando/quer dizer ele quer fazer as quatro áreas no mesmo espaço... então isso a gente tem procurado cercear e criar... na verdade criar regras que coíbam este tipo de atividade... [...] (SP05)

Com o intuito de demonstrar que o campo de estágio do curso vai além dos campos tradicionais de atuação do profissional de EF, como clubes e academias, por exemplo, o PPP do curso menciona que os alunos tem tido oportunidade de realizar atividades de estágio em Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção em Saúde, centros de Atenção Psicossocial e Hospitais. O documento menciona um convênio firmado com a escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, onde aproximadamente 100 alunos já tiveram oportunidade de realizar atividades de estágio (USP, 2014a).

Durante as entrevistas com os docentes que trabalham com a disciplina de Estágio Supervisionado foram obtidas informações adicionais às encontradas no PPP sobre os locais que constituem o campo de estágio do curso, principalmente aqueles relacionados com a área da saúde.

Segundo os docentes, a academia constitui o local que mais absorve os estagiários do curso. Tal fato é justificado por diferentes argumentos. Em um deles, os docentes afirmaram que os excessivos e complexos trâmites burocráticos para o estabelecimento de convênios de estágio entre a Universidade e locais como unidades

básicas de saúde e hospitais, por exemplos, dificultam a expansão do campo de estágio. Por outro lado, a facilidade burocrática em se estabelecer convênios com as academias impulsionam a procura por este local de intervenção como campo de estágio. Além disso, as academias tem o atrativo da oferta de bolsas, o que não acontece com frequência em outros locais de estágio.

[...] a gente até fez isso um tempo atrás uma análise percentual... mas assim/os alunos passam bastante pela academia.... pouco pelas UBSs... eu acho que a predominância é a academia [...] SP05

[...] por conta desta problemática que a gente por questões burocráticas a academia acaba entrando por aí... mas o que a gente tem notado mas eu não sei isso em termos de números né mas que os alunos tem [...] então nestes últimos dois anos eles tem ido para a academia porque ainda é o lugar onde eles recebem bolsa né recebe uma ajuda de custo ali [...] então eu acho que a academia ainda tem sido o ponto forte da gente por conta das questões burocráticas em termos de opção para esta área [...] (SP06)

Contrapondo os locais tradicionais de atuação do profissional de EF, os docentes mencionaram que os serviços hospitalares tem constituído um local de estágio para os alunos do curso. Tal fato ocorre em função da existência de um Hospital Universitário, que acaba servindo como campo de estágio para todas as graduações da área da saúde da Universidade.

[...] agora a gente tem um... local que de alguma maneira tem atraído que é assim tem o/aí tem a parte da estrutura da universidade que tem por exemplo o hospital psiquiátrico... o instituto paulista... é... instituo de psiquiatria na verdade... então este é um local que os alunos gostam muito geralmente de fazer estágio [...] (SP05)

[...] acho mais na área que a gente chama de atividade física e populações especiais que seria se não me engano a área 2... nós tínhamos um fluxo grande no hospital das clínicas né no instituto de medicina física e reabilitação (IMRea) na... no instituto de psiquiatria que é um estágio excepcional os alunos avaliam muito positivamente e na/no instituto de ortopedia e traumatologia os três no hospital das clínicas [...] (SP06)

Contudo, o acesso a este local de estágio é dificultado pela complexidade burocrática.

[...] acontece que aí tem uma escola de educação permanente e esse é o nosso grande problema com o estágio na área da saúde... a escola de educação permanente que é a que regula todos os estágio dentro do hospital das clínicas e ela é:... ah... é um órgão obviamente com um nível de burocracia altíssimo né porque administrar um HC não deve ser simples né... administrar estágio do HC com todas as escolas da saúde não deve ser simples... então a gente tem uma certa demora no trânsito [...] (SP06)

A atenção primária da saúde acaba sendo a área da saúde que menos é contemplada nos estágios do curso. Novamente, a dificuldade do estabelecimento de convênios constitui o principal entrave para o avanço nesta aproximação com os serviços da atenção básica.

[...] pelas unidades de saúde pela atenção primária é que a gente consegue em geral fazer via acordos pessoais um pouco a gente conseguiu pelo projeto do professor Ciclano que era um projeto de investigação mas também esse acesso é muito dificultado pela burocracia da secretaria municipal de saúde... é muito complicado... [...] (SP06)

Um docente comentou que a estrutura do estágio do curso não propicia uma aproximação com as outras profissões da saúde, dificultando o desenvolvimento de habilidades necessárias para uma atuação multiprofissional, constituindo uma lacuna na formação destes alunos.

[...] eu me lembro que durante a graduação eu aprendi a trabalhar em equipe multiprofissional no corredor do hospital... o supervisor botava todo mundo numa roda e perguntava para o médico “o que o fonoaudiólogo faz?”... perguntava para o fisioterapeuta “o que o assistente social faz?”... e a gente ficava ali num debate no corredor... e os estágios não estão habilitando os nossos alunos para esse tipo de ação [...] SP04

4.2.6 *Corpo de Conhecimento Curricular*

A análise do corpo de conhecimento dos eixos vertical e horizontal do modelo teórico de Kirk et al. (1997) foi obtida por meio da análise de 84 componentes curriculares, correspondendo uma carga horária de 5.115 horas.

Os resultados da análise das proporções entre os conhecimentos nos dois eixos demonstraram uma predominância dos conhecimentos classificados como biodinâmicos e acadêmicos em detrimento dos conhecimentos socioculturais e profissionais, respectivamente. A Tabela 48 apresenta os números destas análises.

Tabela 48. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) no Curso B.

	Eixo Vertical			Eixo Horizontal		
	Biodinâmico	Sociocultural	Total	Acadêmico.	Profissional	Total
CH	3072	2043	5115	2905.5	2209.5	5115
%	60.1	39.9	100	56.8	43.2	100

CH=carga horária em horas; **%**=porcentagem em relação à carga horária total.

A proporção entre os conhecimentos destes eixos também pode ser visualizada em função dos semestres acadêmicos que se seguem ao longo do processo de formação, ou seja, do primeiro para o oitavo semestre. A Figura 8 demonstra o comportamento da proporcionalidade entre os conhecimentos do eixo vertical e a Figura 9 do eixo horizontal. Estes resultados estão expressos de forma relativa (%) à carga horária total do semestre.

A Figura 8 mostra que o conhecimento biodinâmico é predominante em relação ao conhecimento sociocultural durante a maior parte do processo de formação do futuro profissional de EF. Nos dois primeiros semestres há predominância de conhecimentos da área sociocultural. A partir do terceiro semestre está predominância se altera, e os conhecimentos de cunho biodinâmico são prevalentes até o final da formação do aluno.

A Figura 9 mostra uma significativa predominância na quantidade de conhecimentos acadêmicos no processo de formação destes profissionais até o quarto semestre do Curso B. Os dois primeiros semestres apresentam a maior diferença entre estes tipos de conhecimentos, 69.2% em média. Já nos dois semestres subsequentes, 3º e 4º semestres, esta diferença diminui para 33.2% em média. No 5º e 6º semestres

há um equilíbrio na proporcionalidade destes conhecimentos. Nos dois últimos semestres o conhecimento de cunho profissional é mais abordado em relação ao conhecimento de cunho acadêmico, com uma diferença média de 24.4%.

Figura 8. Proporção dos conhecimentos de eixo vertical ao longo dos semestres acadêmicos do Curso B.

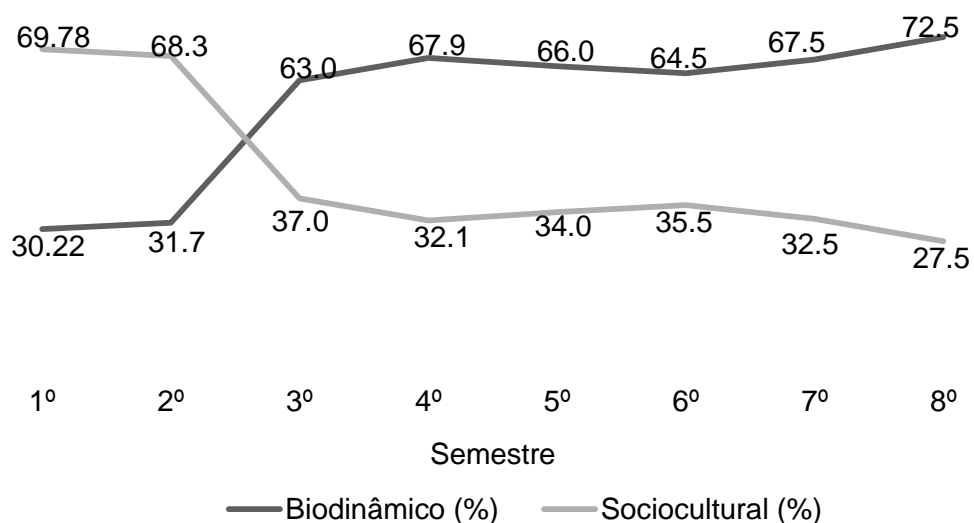
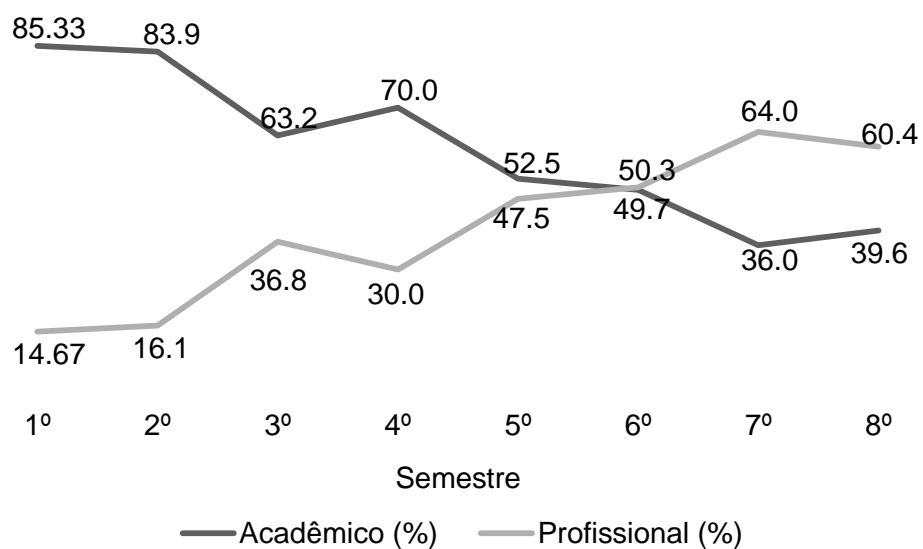


Figura 9. Proporção dos conhecimentos de eixo horizontal ao longo dos semestres acadêmicos do Curso B.



O presente estudo teve um olhar específico para a configuração do corpo de conhecimento para o conjunto de componentes curriculares que possuíam a palavra “saúde” dentro do seu programa de ensino. A Tabela 49 apresenta os resultados da análise dos conhecimentos dos eixos vertical e horizontal do modelo teórico de Kirk et al. (1997) para estas disciplinas.

Tabela 49. Proporção entre os conhecimentos dos eixos vertical (biodinâmico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico de Kirk et al. (1997) para o conjunto de componentes curriculares que possuem a palavra saúde no programa de ensino no Curso B.

	Eixo Vertical			Eixo Horizontal		
	Biodinâmico	Sociocultural	Total	Acadêmico.	Profissional	Total
CH	930	690	1620	912	708	885
%	57.4	42.6	100	56.3	43.7	100

CH=carga horária em horas; %= porcentagem em relação a carga horária total.

Os resultados desta análise para o eixo vertical indicaram uma superioridade do conhecimento biodinâmico sobre os conhecimentos socioculturais, sendo que esta diferença foi de 14.8%. No eixo horizontal observou-se superioridade do conhecimento acadêmico sobre o conhecimento profissional, com uma diferença de 12.6%.

5 DISCUSSÃO

A presente pesquisa foi desenvolvida com o intuito de compreender o processo de formação profissional no campo da EF para atuação no âmbito da saúde coletiva. Tal proposta foi materializada por meio da análise do processo de formação profissional de graduações em EF, com ênfase para atuação na área da saúde, criadas com a expectativa de adequar a formação em EF às novas demandas profissionais na área da saúde. O desenvolvimento desta investigação foi norteado por quatro questionamentos, a saber:

1. Qual o conceito de saúde adotado no processo de formação profissional em EF?
2. Qual o papel do profissional de EF no campo da saúde?
3. Qual a aproximação dos graduandos em EF com os serviços de saúde pública durante o processo de formação?
4. Qual a base de conhecimento curricular?

A resposta à questão de número 4 foi obtida por meio da utilização do modelo teórico proposto por Kirk et al. (1997). Esta caracterização da base de conhecimento curricular foi realizada com o objetivo de contribuir nas reflexões motivadas pelos questionamentos de números 1 e 3, acima mencionados, como exposto no capítulo dos Materiais e Métodos (p. 113). Isto significa que as discussões relativas à base de conhecimento curricular foram tratadas de forma transversal nas reflexões acerca do conceito de saúde e da aproximação do graduando em EF física com os conhecimentos relativos à prática profissional. Diante o exposto, a discussão dos resultados foi desenvolvida em quatro tópicos, sendo eles:

- O conceito de saúde;
- O papel do profissional de educação física no campo da saúde
- Aproximação com o campo de trabalho da saúde.
- Considerações Finais

5.1 O Conceito de Saúde

A estratégia de implementação do sistema público de saúde brasileiro previu um processo de reestruturação na formação dos profissionais da saúde, de forma que estes estivessem adequadamente preparados para trabalhar em consonância com os princípios e o modelo de saúde preconizados pelo SUS. Tanto a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, inciso II do Art. 200) quanto a Lei Federal 8080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde, que regulamentou o SUS (BRASIL, 1990, Art. 6), determinam que a ordenação da formação dos recursos humanos da área da saúde constitui uma função do sistema público de saúde. Neste sentido, em 2005, o CNS publicou a Resolução de nº 350, a qual determina que:

[...] a homologação da abertura de cursos na área da saúde pelo Ministério da Educação somente seja possível com a não objeção do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, cumprindo-se as considerações acima, relativamente à Constituição Federal [...] (BRASIL, 2005, p.2).

Estes documentos supracitados evidenciam que tanto as DCN quanto os PPP dos cursos superiores da saúde precisam deixar explícita a intrínseca relação entre o processo de formação profissional e o SUS, de forma a apresentar um perfil de egresso que coadune com os princípios e o modelo de saúde preconizados pela saúde pública, o que, em tese, engloba a formação em EF.

A análise das DCN para os cursos superiores em EF (BRASIL, 2004a, 2009a, 2015) mostra que estas não possuem orientações particulares para a formação de um profissional com habilidades e competências específicas para atuação no SUS. Além disso, segundo Pasquim (2010), os cursos de EF tampouco têm respeitado as determinações da Resolução 350 do CNS, visto que a abertura de novos cursos de EF não tem passado pela aprovação desse órgão.

A análise dos PPP das graduações investigadas mostrou diferentes resultados quanto à menção ao sistema público de saúde no processo de formação dos seus profissionais.

O documento do Curso A não apresentou nenhuma menção ao SUS ou ao sistema de saúde pública, não indicando um perfil profissional para este lócus de intervenção. Nenhum serviço do sistema público de saúde foi citado no documento. Apesar do atual contexto da relação entre o campo da EF e saúde pública, o Curso A, mesmo tendo uma formação direcionada para o campo da saúde, possui um PPP que não atende aos direcionamentos da Resolução 350 do CNS (BRASIL, 2005).

Já o PPP do Curso B apresenta explicitamente um perfil profissional que, além de outros locais de intervenção, deverá atuar na rede de serviços do SUS, sendo a unidade básica de saúde o local de intervenção mais citado no documento (Tabela 29).

[...] formar egressos habilitados a trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em programas nos Centros de Apoio Psicossocial, em clínicas e hospitais, bem como em empresas voltadas ao atendimento para a saúde das pessoas (USP, 2014a; p.5).

O PPP do Curso B cita que o desenvolvimento da proposta do curso levou em consideração as Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação para os cursos da área da saúde, no que diz respeito à organização da grade curricular, dos eixos de formação e da aproximação com as diretrizes e serviços do SUS. Estes resultados mostram que o Curso B, no que diz respeito ao PPP, procura alinhar o perfil dos seus egressos para o SUS, como está previsto para os cursos superiores da área da saúde no processo de fortalecimento da saúde pública brasileira (BRASIL, 1988, 1990, 2005).

No campo da EF, este processo de alinhamento da formação com os novos pressupostos da saúde pública ainda perpassa pela necessidade da real incorporação do novo paradigma de saúde, pois apesar do seu reconhecimento enquanto profissão da saúde de nível superior (BRASIL, 1997a) e sua inserção nos serviços do SUS (BRASIL, 2008b), a EF ainda busca a superação de um paradigma biomédico de intervenção profissional, que pressupõe uma mudança no próprio conceito de saúde (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; CARVALHO, 2012; FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013; ANDRADE et al., 2014). Segundo Bagrichevsky e Estevão (2005, p.72), “não é tarefa fácil analisar ou tentar ‘conceber’ a saúde”. Todavia, este árduo trabalho é fundamental

no contexto da formação dos profissionais da saúde, pois a concepção de saúde de uma profissão norteia seu processo de formação e intervenção profissional. Além disso, ela influencia os rumos da produção científica da área, responsável por fundamentar a prática profissional (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005). Dessa maneira, é imprescindível à comunidade acadêmica o empreendimento em analisar os elementos que subjazem o conceito de saúde das profissões desta área.

Neste contexto, a presente investigação objetivou analisar o conceito de saúde incorporado na formação profissional de duas graduações de EF com ênfase de atuação para o campo da saúde. Estas recentes modalidades de curso superior são propostas para alinhar a formação em EF com as atuais exigências profissionais do campo da saúde, o que inclui o modelo de cuidado da saúde preconizado pela saúde coletiva. Diante da complexidade da proposta, diferentes fontes de informação subsidiaram esta análise.

O docente universitário constitui uma das figuras centrais no processo de formação profissional. Dessa maneira, buscou-se captar o conceito de saúde dos docentes. O primeiro resultado a ser destacado é que todos os entrevistados no presente estudo indicaram a adoção de um conceito de saúde amplo (Quadros 5 e 10), que considera as diferentes dimensões da vida de uma pessoa na análise da sua condição de saúde. Estas dimensões foram classificadas em biológica/física, mental/psicológica e socioeconômica (Tabelas 17 e 40). Apesar da similaridade das respostas dos docentes de ambas as graduações avaliadas, a análise demonstrou que o número de termos relacionados à dimensão biológica foi maior para os docentes do Curso A, sendo que a dimensão socioeconômica foi a que apresentou maior número de termos para o Curso B. Estes dados indicam uma pequena diferença na tendência do conceito de saúde entre as graduações, tendendo a ser mais biológico para o Curso A e um pouco mais humanístico para o Curso B.

De modo geral, o conceito de saúde ampliado apresentado pelos participantes corrobora a visão de saúde preconizada pela saúde coletiva, que estabelece uma relação entre as condições de vida e trabalho da população e seu estado de saúde, ou seja, o processo de cuidado da saúde deve considerar os aspectos sociais,

econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, entre outros; além, obviamente, dos aspectos biológicos (SCABAR et al., 2012; FLORINDO, 1998). Vale lembrar que, recentemente, a atividade física foi reconhecida e incluída como fator determinante e condicionante da saúde, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que regulamentou o SUS (BRASIL, 2013c). Apenas um docente, do Curso B, mencionou este fato (p. 175).

Em ambos os cursos, de forma parcial, os docentes associaram o seu conceito de saúde à ideia de autonomia (Quadros 10 e 5), ou seja, uma pessoa é considerada saudável quando tem autonomia para realizar de forma plena as atividades da vida diária, sejam elas no âmbito doméstico, profissional ou de lazer.

Os discursos dos docentes do Curso B foram um pouco além em relação às falas dos docentes do Curso A, pois os primeiros indicaram que a autonomia, enquanto saúde, é consequência de um processo de empoderamento da população para os diversos DSS que podem afetar seu estado de saúde. Além disso, a autonomia também está atrelada a um contexto de escolhas e acesso aos recursos que podem promover a saúde da pessoa. Neste sentido, docentes do Curso B destacam que cabe ao poder público promover as condições mínimas de vida à população, como o acesso aos serviços de saúde, educação, trabalho, transporte, moradia e assim por diante. Apesar da similaridade de ideia de autonomia enquanto saúde, há um maior aprofundamento do discurso por parte dos docentes do Curso B.

Mais uma vez, a concepção de saúde dos participantes se alinha com o novo paradigma de saúde, que preconiza que as ações de saúde devem realizar um processo de capacitação da população para atuar na melhoria e no controle do próprio estado de saúde (SCABAR, 2014; COUTINHO, 2011; PALMA, 2003; BRASIL, 2012). Essa perspectiva de desenvolver a habilidade do auto-controle sobre o próprio estado de saúde é brilhantemente explanado por Illich (1975 apud NOGUEIRA, 2003, p.2), quando o autor menciona que:

“A saúde designa um processo de adaptação. Não é o resultado de instinto, mas uma reação autônoma, embora culturalmente moldada, diante da realidade socialmente criada. Ela designa a habilidade de adaptar-se aos ambientes mutáveis, ao crescimento e ao envelhecimento, à cura quando enfermo, ao sofrimento e à expectativa

pacífica da morte. A saúde abrange o futuro também e, portanto, inclui a angústia assim como os recursos internos para conviver com ela.”

Na fala dos docentes do Curso B, o empoderamento (tradução da palavra inglesa “*empowerment*”) aparece com um meio de promover a autonomia da população no cuidado da própria saúde. O processo de empoderamento pressupõe ações de educação em saúde, com o objetivo de promover os conhecimentos e habilidades necessárias para que o indivíduo/comunidade atue de forma autônoma sobre os fatores condicionantes e determinantes da sua saúde (PELICIONI; PELICIONI, 2007; SCABAR et al., 2012; COSTA; GARCIA, 2012; FLORINDO, 1998). A meta é fazer com que os indivíduos de uma comunidade “sejam capazes de realizar escolhas conscientes em decorrência de um processo de reflexão e crítica acerca do seu contexto social [...]” (SCABAR, 2014; p. 70).

A concepção de promoção de saúde como um processo de empoderamento coloca a saúde não como um objetivo em si mesma, mas sim como um recurso. Essa ideia é muito bem exemplificada nas palavras de Dejours (1986, p.11):

A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado, estar com sono. Não é, talvez, anormal ter uma gripe, e aí vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar.

Por último, um docente do Curso A apresentou uma concepção de saúde denominada na presente pesquisa de “Autoesquecimento” (Quadro 5). Segundo a fala deste participante, o estado de saúde de uma pessoa perpassa por uma dimensão experiencial, que o conduz a um “estado” de autoesquecimento. O indivíduo saudável engaja-se em suas atividades cotidianas de forma espontânea e sem impedimentos. A perda da saúde configura-se no momento em que esse indivíduo é acometido por algum tipo de perturbação, podendo ser caracterizada pelo acometimento de uma patologia, por um problema financeiro ou pelo falecimento de um familiar, por exemplo. Essa perturbação direciona a atenção do sujeito para si mesmo e, ao mesmo tempo,

restringindo-lhe, em diferentes níveis, de realizar as atividades nas quais gostaria de estar envolvido.

Coelho e Almeida Filho (2002) fazem uma distinção entre saúde científica e saúde filosófica. A primeira tem um caráter mais objetivo, baseada em dados epidemiológicos, de forma a tornar viável a análise e comparação do estado de saúde individual ou coletivo. A segunda, por outro lado, assume a subjetividade e o caráter incomensurável. Baseado neste autor, pode-se dizer que o conceito de saúde denominado de “Autoesquecimento” está dentro de uma concepção filosófica de saúde, em que a subjetividade e a incomensurabilidade estão intrinsecamente atreladas. Este fato não deprecia o conceito apresentado pelo docente, uma vez que Coelho e Almeida Filho (2002) também afirmam que a concepção de saúde de um indivíduo é fruto de suas experiências, valores e significados adquiridos ao longo de sua história.

Três pontos destacam-se no conceito de saúde apresentado por este participante. O primeiro refere-se ao poder que o engajamento em práticas corporais/atividades físicas têm de promover o “autoesquecimento”, ou seja, não é incomum ouvir esportistas verbalizando que “se esquecem do mundo, dos seus problemas e angústias”, quando estão realizando suas atividades esportivas. Este fato evidencia o grande poder do campo da EF em promover saúde, tendo como referência o conceito de saúde deste docente. O segundo ponto a ser destacado, refere-se a amplitude do conceito, pois a saúde do indivíduo esta atrelada aos mais diversos episódios da vida de uma pessoa, contemplando todas as dimensões existenciais do ser humano. Por último, destaca-se o posicionamento do indivíduo no centro da concepção, pois esta está sujeita às interpretações do indivíduo a respeito da realidade que o cerca.

A análise do conceito de saúde de um processo de formação profissional não pode ser baseada exclusivamente na opinião do corpo docente, apesar da inegável importância destes na formação do futuro profissional de EF. Assim, o PPP é o documento de maior importância para um curso de nível superior, pois é ele que apresenta oficialmente a concepção da formação pretendida, os objetivos a serem alcançados, as habilidades e competências almejadas para o egresso, os conteúdos a

serem abordados, as metodologias de ensino e assim por diante. Apesar das determinações legais para a formação em EF, as IES possuem autonomia para levar em consideração as necessidades e perspectivas locais, da instituição e da comunidade, na construção da proposta de formação (ISAYAMA et al., 2013).

Os resultados mostraram que os PPP de ambos os cursos investigados não apresentaram um conceito formal de saúde ou de promoção da saúde. Contudo, o documento do Curso B apresenta uma reflexão a respeito da complexidade em se definir o termo saúde e, ao mesmo tempo, a importância da concepção deste termo no processo de formação do egresso. Apesar da não existência de uma definição formal do termo, o documento deixa explícito que a proposta de formação é contra “uma associação linear, direta e causal - que poderia supor que a prática de atividade física *per se* levaria a um melhor status de saúde [...]” (USP, 2014a, p.4). Esta afirmação demonstra claramente a preocupação em superar o conceito biomédico de saúde, que norteia uma prática profissional prescritiva e embasada em parâmetros biológicos, ainda hegemônica no campo da EF (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; ANDRADE et al., 2014; CARVALHO, 2012; FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

A palavra saúde foi amplamente utilizada na elaboração de ambos os documentos, possibilitando a análise dos elementos que permeiam as relações entre os campos da saúde e EF. A partir desta análise foram apresentadas as categorias de sentido, sendo duas em comum para as duas graduações e uma exclusiva para o Curso B.

Em relação ao Curso A (Quadro 3), os resultados da categoria “Educação Física e Saúde” (p.121) mostraram que o PPP deixa claro que o seu egresso é formado para intervir no campo da saúde por meio da elaboração e aplicação de programas de exercício físico, tendo como principal objetivo a prevenção de doenças. Segundo o documento, o egresso formado na ênfase em saúde deverá ser capaz de atender “às necessidades e demandas da sociedade no emprego de um estado e estilo de vida saudável” (USP, 2015, p.6). Já para o Curso B (Quadro 8), os resultados desta

categoria (p.159) demonstraram que a proposta do curso visa formar um profissional de EF capacitado a favorecer a qualidade de vida das pessoas por meio do incentivo da prática de atividades físicas e práticas corporais. A promoção da saúde aparece em destaque em relação à prevenção e reabilitação nos objetivos das intervenções. Vale destacar que são mencionados programas educacionais como meio de intervenção, contudo, a ênfase da atuação consiste na elaboração e implementação de programas de atividades físicas e práticas corporais.

Na categoria “Saúde como condição dinâmica”, os resultados do Curso A (p. 126) mostraram que o PPP indica que o estado de saúde de uma pessoa constitui uma condição dinâmica, que se altera em função das etapas de crescimento e desenvolvimento, da gestação ou pelo acometimento de doenças, ou seja, com ênfase em aspectos puramente biológicos. Por outro lado, os resultados desta mesma categoria para o Curso B (p.170) mostraram que a intervenção na saúde das pessoas deve levar em consideração fatores biológicos e socioeconômicos.

Os resultados apontaram semelhanças e diferenças entre os cursos na identificação dos elementos que constituem a relação dos campos da saúde e da EF. De forma geral, ambos trabalham com a ideia central de capacitar os seus egressos para a elaboração e implementação de programas de atividades físicas. Na verdade, os PPP apresentam diferenças nos termos que representam as expressões corporais estimuladas nas intervenções, mas isso será abordado em detalhes a seguir.

Apesar das semelhanças, nota-se que a proposta de formação do Curso A ainda reproduz uma atuação em saúde baseada no modelo prescritivo, norteadas predominantemente por parâmetros biológicos e com foco na prevenção, tão criticado pelas pesquisas no campo da EF e saúde, especialmente na atuação deste profissional no âmbito da saúde coletiva. Já o Curso B indica foco em ações de promoção da saúde, apontando, além de programas de atividades físicas, programas educacionais como meio de atingir essa meta. Esses princípios possuem maior proximidade com o modelo de cuidado à saúde preconizado pela saúde coletiva (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; ANDRADE et al., 2014; CARVALHO, 2012; FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013).

A visão de saúde identificada na categoria “Saúde como condição dinâmica”, do Curso A, não coaduna com o atual paradigma de saúde, que considera os aspectos sociais, econômicos, culturais, educacionais, étnico-raciais, psicológicos, entre outros, no cuidado da saúde da população (SCABAR et al., 2012; FLORINDO, 1998). Já o curso B apontou um olhar multidimensional no que se refere ao cuidado à saúde, considerando tantos os aspectos biológicos quanto os socioeconômicos. Segundo Scabar (2014), os fatores socioeconômicos e socioculturais são consideradas as principais barreiras para a adoção de um estilo de vida ativo, ou seja, a competência do profissional de EF em lidar com diferentes DSS se torna primordial para que ele possa auxiliar a população na adesão à prática de atividades físicas.

A visão de saúde apresentada no PPP do Curso A desconsidera a visão de promoção da saúde como um processo de desenvolvimento da autonomia do indivíduo para cuidar da própria saúde, por meio de ações de empoderamento. Já o PPP do Curso B apresenta elementos que indicam uma tentativa de superação do antigo paradigma biomédico, como a menção da promoção da saúde como principal objetivo das suas intervenções e a sugestão de ações de educação em saúde, as quais constituem a principal estratégia das políticas públicas como meio de empoderamento da população (BRASIL, 2012), uma vez que estas ações tem por objetivo:

“[...] proporcionar à população os conhecimentos e as destrezas necessárias para a promoção e proteção de sua saúde individual, da saúde de sua família e de sua comunidade por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades para que as pessoas participem ativamente na definição de suas necessidades, consigam negociar e implantar suas propostas para a obtenção das metas de saúde (PELICIONI; PELICIONI, 2007, p.326).”

Ações de prevenção e reabilitação da saúde também são previstas para os profissionais de EF na saúde coletiva. Em casos especiais, estes profissionais podem até realizar um atendimento individualizado no âmbito do NASF (BRASIL, 2009c). No entanto, os elementos que constituem uma visão de saúde ampliada promovida por meio do empoderamento devem constituir o alicerce da formação destes profissionais, pois, ao contrário, corre-se o risco de reproduzir o olhar fragmentado e

fundamentalmente biológico para o fenômeno saúde (PELICIONI; PELICIONE, 2007; SCABAR et al., 2012; COSTA; GARCIA, 2012; FLORINDO, 1998)

Os resultados também indicaram uma diferença entre as graduações na adoção do termo que representa a forma de expressão corporal estimulada através das intervenções dos futuros profissionais. Neste sentido, constatou-se que no Curso A o termo “exercício físico” foi o mais utilizado (Tabela 5), sendo que os termos atividades físicas e práticas corporais foram os mais utilizados para o Curso B (Tabela 28). Vale ressaltar que documentos relacionados às políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b) e a portaria de criação do NASF (BRASIL, 2008b), adotam o termo práticas corporais/atividades físicas de forma conectada para esta finalidade.

Separadamente, cada um dos termos possui um significado próprio. O termo atividade física se refere a qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, resultando em um gasto energético acima dos níveis de repouso, ou seja, o termo se limita a uma atividade muscular e ao gasto energético necessário para realizá-la (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). O exercício físico é considerado uma prática de atividade física sistematizada e repetitiva, que tem como meta a manutenção ou melhora da aptidão física, seja no âmbito da saúde ou no desempenho esportivo (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Já o termo práticas corporais atribui valores e significados à expressão corporal, a gestualidade humana. O termo não desconsidera, mas também não se restringe aos processos fisiológicos desencadeados durante a execução dos movimentos, pois estes também fazem parte da expressão corporal (CARVALHO, 2006).

Diante as definições de tais termos, cabe ressaltar que a adoção do termo praticas corporais/atividades física nos documentos das políticas públicas de saúde demonstram uma intencionalidade de não limitar a expressão corporal aos aspectos puramente biológicos nas ações de promoção da saúde (COUTINHO, 2011). Neste contexto, considera-se que o Curso B adota uma terminologia que coaduna com as políticas públicas de saúde, o que não acontece com o Curso A, que assume

preferencialmente o exercício físico como meio de expressão corporal em suas intervenções.

O processo de investigação do conceito de saúde, no presente estudo, também contou com a análise dos programas de ensino das disciplinas que continham a palavra saúde. Os resultados indicaram um maior número de disciplinas no Curso B (Tabela 32), que continha a palavra saúde em seu programa de ensino, do que no Curso A (Tabela 7), assim como uma maior frequência da palavra saúde nos documentos do Curso B (116 vezes) em comparação ao Curso A (43 vezes). Estes dados sugerem que o tema saúde é mais abordado no processo de formação do Curso B.

Os resultados das análises indicaram cinco categorias de sentido comuns aos dois cursos (Quadros 4 e 9). Os assuntos abordados na categoria “Educação Física e Saúde” foi o mais destacado nos documentos de ambos os cursos, sendo considerados de maior relevância. Os resultados destas categorias mostraram que, de forma geral, os programas de ensino de ambos os cursos evidenciam que o principal objetivo das ações dos futuros profissionais é a promoção da saúde (Tabelas 9 e 33). Contudo, constata-se que o caráter das ações para se atingir tal objetivo apresenta uma concepção restrita do processo de promoção da saúde.

No caso do Curso A, o caráter das ações é preventivo, com foco na doença. As intervenções são pautadas no processo de elaboração, monitoramento e avaliação de programas de exercícios físicos, com o objetivo de prevenção e tratamento de doenças, norteadas por informações predominantemente fisiológicas e fisiopatológicas. Corroborando com a identificação de um paradigma biomédico de saúde, a categoria “Avaliação da saúde”, aparece na segunda posição de relevância (Quadro 4), sendo que ela evidencia a importância da avaliação de parâmetros físicos no processo de promoção da saúde.

Os documentos do Curso B também apresentaram propostas de intervenção que não coadunam com a visão ampliada de promoção da saúde, pois as suas práticas em saúde estavam restritas à elaboração, implementação e avaliação de programas de atividade física, com o objetivo de desenvolvimento da aptidão física relacionada à saúde. Este curso também apresentou a categoria “Avaliação da saúde”. Contudo,

diferentemente do Curso A, os assuntos nela tratados ocuparam a última colocação no grau de importância entre as categorias identificadas, ou seja, apesar da importância dos conhecimentos em avaliação física para este profissional, estes não aparecem em evidência nos documentos das disciplinas analisadas.

O primeiro aspecto a ser destacado nestes resultados é a incoerência entre o caráter das intervenções indicadas para se atingir o objetivo de promoção da saúde. Porém, não é incomum identificar esses contrassensos em documentos que norteiam a formação em EF. Brugnerotto e Simões (2009) encontraram resultados similares aos da presente pesquisa ao analisarem programas de ensino de disciplinas de cursos de EF de seis Universidades Públicas do Paraná que apresentassem relação com o campo da saúde. Os resultados mostraram que os programas de ensino indicavam ações baseadas na prescrição e avaliação de programas de exercícios físicos, norteados por preceitos fisiológicos, com o intuito de promoção da saúde. Ressalta-se que essa similaridade de resultados não é esperada quando a pesquisa é baseada na análise dos documentos que norteiam a formação de graduações de EF com ênfase de formação para o campo da saúde, referências para a EF brasileira e que emergiram como estratégia de alinhar a formação em EF com as atuais exigências profissionais no campo da saúde, em específico na saúde coletiva.

Essa “confusão” não está restrita ao âmbito dos documentos, uma vez que não é infrequente profissionais da saúde, dentre eles os da EF, indicarem ações de prevenção quando o que se espera ou precisa são ações de promoção da saúde. A maioria dos formandos de uma graduação de EF e de outras quatro profissões da saúde, de uma Universidade Pública do Paraná, descreveram ações focadas no conceito de prevenção quando questionados sobre como sua atuação profissional poderia contribuir para a promoção da saúde da população (VOLSKI et al., 2011).

Mais recentemente, Scabar (2014) identificou que não somente graduandos em EF, mas também seus respectivos docentes universitários, ainda persistem em associar ações de promoção à saúde ao restrito ato de se realizar atividades física e esportivas, o que, segundo o pesquisador, denota a restrita visão dos participantes do seu estudo

para o processo de promoção da saúde e a forte presença da relação de causa e efeito entre atividade física e saúde.

Novamente, destaca-se que tanto ações de prevenção quanto de reabilitação da saúde são previstas para serem desenvolvidas por profissionais de EF no âmbito da saúde coletiva, como é claramente mencionado em documentos das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010; 2008). No mesmo sentido, apesar de não ser o foco e ser indicado somente em casos específicos, a prescrição e monitoramento de um programa de exercícios físicos individual pode até ser realizada pelo profissional de EF da equipe do NASF (BRASIL, 2009c). Contudo, uma formação embasada apenas nestas perspectivas de atuação sugerem a não superação do modelo biomédico de atenção à saúde, que é amplamente criticado nas ações da EF no campo da saúde coletiva (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010; SCABAR et al., 2012; ANDRADE et al., 2014; CARVALHO, 2012; FREITAS; CARVALHO; MENDES, 2013), mas que, aparentemente, ainda apresenta vestígios nos cursos investigados pela presente pesquisa.

Antagonicamente ao modelo de atuação identificado nos programas de ensino, a categoria “Educação Física, Saúde e Ciências Humanas e Sociais”, de ambos os cursos (Quadros 4 e 9), mostrou que as questões relativas à saúde são discutidas à luz dos conhecimentos socioculturais. Além disso, o tema desta categoria se equiparou em termos de relevância, em função do número de unidades de registro, com a abordagem dos fatores biológicos que interferem na saúde, indicados na categoria “Saúde como condição dinâmica”, para ambos os cursos. Estes fatos sugerem uma tentativa de olhar para o fenômeno saúde de forma mais equilibrada, considerando tanto aspectos biológicos quanto socioculturais.

Conforme apontado no parágrafo anterior, a análise do conceito de saúde em um currículo de formação profissional leva em consideração o equilíbrio entre os tipos de conhecimentos, fundamentalmente os biológicos e os socioculturais, utilizados para intervir na saúde das pessoas. Para alguns autores, o olhar predominantemente biomédico e, conseqüentemente, desumanizado da EF sobre o processo de promoção da saúde refletem o enfoque biológico das produções científicas da área da atividade

física e saúde (BRAGRICHEVSKY et al., 2006; HALLAL, KNUTH, 2011; MANOEL, CARVALHO, 2011). Este desequilíbrio no volume da produção científica entre as áreas biológica e sociocultural, com plena hegemonia da primeira, já é sistematicamente evidenciado na área da EF (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011). Logo, este contexto do campo científico contribui para a igual supremacia de disciplinas de cunho biológico, em detrimento das disciplinas de cunho sociocultural, nos currículos das graduações de EF (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011; HALLAL; KNUTH, 2011; CARVALHO, 2005), colaborando para a manutenção do *status quo* da visão de saúde na formação em EF.

Neste sentido, tendo como referência o modelo teórico proposto por Kirk et al. (1997), a presente pesquisa analisou o equilíbrio entre os conhecimentos de cunho biodinâmico e sociocultural abordados no processo de formação de ambas as graduações. Os resultados mostraram a predominância de conhecimentos do campo biodinâmico em detrimento dos conhecimentos socioculturais, sendo esta supremacia mais evidenciada no Curso A (Tabela 25) em relação ao Curso B (Tabela 48).

Estes dados reforçam o discurso de que o corpo de conhecimento que está subjacente à formação em EF para a saúde é, ainda, fortemente influenciado pelo campo biomédico, em detrimento das abordagens socioculturais no processo de promoção da saúde. Diante deste quadro, pergunta-se: seria possível desenvolver uma visão mais humana do processo de promoção da saúde se os conhecimentos fornecidos são predominantemente oriundos das ciências biológicas e exatas? Alguns pesquisadores, provavelmente, responderiam que não (PALMA; DA ROS, 2006; BRAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; CARVALHO, 2005).

Acadêmicos do campo da EF e saúde já têm advogado para além do simples equilíbrio da proporcionalidade entre estes conhecimentos, pois isto não garantiria uma real visão interdisciplinar do processo de promoção da saúde. Neste sentido, começa-se a discutir a necessidade de criação de linhas de pesquisa denominadas de “híbridas”, que permitiriam a articulação entre pesquisadores das Ciências Sociais e Humanas e os das Ciências Biológicas e da Saúde na produção de pesquisas relacionadas ao campo da saúde. Esta organização na produção do conhecimento

favorece um olhar ampliado para as pesquisas relacionadas à atividade física e saúde, além de oportunizar reais possibilidades de articulação multidisciplinar. Conseqüentemente, estas ações no campo da pesquisa refletirão na preparação profissional, pois além de produzir conhecimentos mais detalhados sobre o fenômeno saúde, poderão contribuir para amenizar o desequilíbrio entre as disciplinas de cunho biológico e sociocultural existente no âmbito das graduações em EF, especificamente nos cursos de bacharelado (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011; HALLAL; KNUTH, 2011; CARVALHO, 2005;).

Um zoom desta análise do corpo de conhecimento sobre as disciplinas que contém a palavra saúde, de ambas as graduações investigadas, apontou resultados semelhantes ao contexto geral dos cursos. No Curso A, a proporcionalidade entre os conhecimentos no contexto destas disciplinas específicas foi muito similar aos resultados gerais do curso (Tabela 26). Já o Curso B apresentou uma leve diminuição na diferença, mas manteve a predominância dos conhecimentos de cunho biodinâmico no segundo contexto de análise (Tabela 49).

Recentemente, Borges e Saporetto (2015), em seu livro intitulado “Atenção Primária à Saúde: o Profissional de Educação Física”, destacam que a participação da EF no campo da saúde se evidencia pelas produções na área da fisiologia, relacionadas à prevenção e reabilitação da saúde, com foco ao combate às DCNT. Contudo, mais adiante, no mesmo trabalho, os autores destacam que o profissional de EF foi inserido no SUS para desenvolver atividades de promoção da saúde. Este tipo de incoerência, infelizmente, é constantemente identificada nas produções científicas da área (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; VOLSKI et al., 2011; SCABAR, 2014), assim como foi observado em alguns momentos da presente investigação.

A discussão referente à análise do conceito de saúde encerra-se com a apresentação do Quadro 13, que expõe um panorama geral da análise do conceito de saúde nos diferentes aspectos da formação do profissional de EF para atuação no campo da saúde, em ambas as graduações investigadas.

Quadro 13. Quadro geral dos resultados da análise do conceito de saúde.

Fonte Analisada	Curso A	Curso B
Docentes	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde ampliado, mas com maior relevância para os aspectos biológicos; • Saúde como autonomia para realizar as atividades de vida diária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de saúde ampliado e humanizado. Mostrou maior equilíbrio na relevância entre os diversos DSS que interferem na saúde; • Autonomia no cuidado da saúde por meio do empoderamento dos DSS que interferem na condição da saúde; • Concepção filosófica de saúde (Autoesquecimento), que considera a dimensão experiencial do indivíduo.
PPP	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito biomédico de saúde. • Ações em saúde baseada na prescrição de exercícios físicos para a prevenção de doenças. • Considera apenas os aspectos biológicos na condição de saúde das pessoas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta formalmente a intenção de superar o conceito biomédico de saúde; • Promoção da saúde aparece em destaque em relação à prevenção e reabilitação; • Ênfase da atuação no incentivo às práticas corporais e atividade física, mas considera ações de educação em saúde. • Considera tanto os aspectos biológico quanto os socioeconômicos na condição de saúde das pessoas.
Programas de ensino	<ul style="list-style-type: none"> • Destaca a promoção da saúde como principal objetivo das intervenções no campo da saúde, mas propõe ações de prescrição e avaliação de programas de exercícios físicos com foco na prevenção de doenças; • Discute saúde tanto a partir de aspectos biológicos quanto aspectos socioeconômicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destaca a promoção da saúde como principal objetivo das intervenções no campo da saúde, mas propõe ações de prescrição e avaliação de programas de atividade física com o objetivo de desenvolvimento da aptidão física relacionada à saúde; • Discute saúde tanto a partir de aspectos biológicos quanto aspectos socioeconômicos
Base de Conhecimento (Geral)	<ul style="list-style-type: none"> • Predominância de conhecimentos de cunho biodinâmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominância de conhecimentos de cunho biodinâmico.
Base de Conhecimento (Disciplinas Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • Predominância de conhecimentos de cunho biodinâmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predominância de conhecimentos de cunho biodinâmico.

Fonte: Dados da Pesquisa.

5.2 O papel do profissional de Educação Física no campo da saúde.

As possibilidades de intervenção do profissional de EF no campo da saúde foram ampliadas substancialmente nas últimas décadas em função da importância atribuída às práticas corporais/atividades físicas nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010b, 2012, 2013c) e sua inserção como membro integrante das Equipes de Saúde da Família por meio dos NASF (BRASIL, 2008b). Contudo, sua atuação no âmbito da saúde coletiva ainda configura-se em um grande desafio em função das peculiaridades do modelo de assistência à saúde preconizado pela saúde pública, que ainda não é identificado na capacitação profissional da maioria dos cursos superiores em EF (SCABAR, 2014; BENEDETTI et al., 2014; PASQUIM, 2010, CASTRO; GONÇALVES, 2009; CHACKON-MIKAHIL et al., 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009).

Dentre os documentos que auxiliam no direcionamento da formação e intervenção do profissional de EF, em específico para o âmbito da saúde pública, destacam-se as Políticas Públicas de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b) e os documentos que orientam os processos de trabalho dos profissionais que compõem as equipes dos NASF (BRASIL, 2008b, 2009c). Estes documentos apresentam diretrizes gerais, relacionadas à Estratégia de Saúde da Família, e específicas, como os direcionamentos das ações do eixo estratégico práticas corporais/atividades físicas, as quais, sumariamente, serão apresentadas a seguir.

De forma geral, as ações em saúde precisam ter um caráter humanizado. O olhar humanizado emerge a partir do momento que o vínculo entre o profissional e o usuário do serviço de saúde é estabelecido, fazendo não mais existir profissionais e usuários, mas sim atores sociais trabalhando unidos em prol da saúde coletiva. As ações de educação em saúde consistem na melhor estratégia para cultivar o vínculo e promover a saúde, pois encurtam a distância entre os envolvidos por meio do empoderamento e, conseqüentemente, da co-responsabilidade coletiva. O protagonismo é dinâmico, pois todas as vozes têm o mesmo grau de importância, ou seja, o aprendizado é em via de mão dupla, este é o poder da escuta sensibilizada.

Dessa maneira, tanto os profissionais passam a ter pleno conhecimento do território e das pessoas que nele vivem, quanto a comunidade passar a ter pleno conhecimento das responsabilidades, potencialidades e limitações de cada setor que interfere na sua condição de saúde. Assim, todos os envolvidos em ações de saúde conscientizam-se da importância dos princípios da intersetorialidade, multidisciplinaridade e multiprofissionalidade (BRASIL, 2008b, 2009c, 2010b).

Diante destes princípios gerais, cabe ao profissional de EF:

- identificar as condições de vida da população a partir da análise dos DSS do território e atuar de forma integrada com a equipe de saúde da família nas prioridades identificadas;
- discutir o significado do lazer e a forma como a comunidade têm se relacionado com os espaços de lazer existentes no território, construindo uma identidade com estes, fazendo prevalecer o lazer como um direito constitucional.
- auxiliar na construção das condições necessárias para que a população tenha a possibilidade de participar de programas de práticas corporais/atividades físicas em seu território;
- criar vínculo com todos os setores do território que tenham potencialidade para promover programas de práticas corporais/atividades físicas;
- ofertar programas de prática de corporais/atividades físicas na unidade de saúde (promoção, prevenção e reabilitação da saúde);
- desenvolver programas de educação em saúde sobre os impactos da prática regular das práticas corporais/atividades físicas na condição de saúde (promoção, prevenção e reabilitação da saúde);
- realizar avaliação física e prescrever programas de exercícios físicos individualizados, mediante demanda específica indicada pela equipe de saúde da família; contudo, este tipo de ação não é prioritária.
- estimular e propiciar condições para que usuários participem de forma ativa nas decisões tomadas pelos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde

que influenciam no contexto das práticas corporais/atividades físicas da comunidade;

- desenvolver ações integradas com o PAS e PSE;
- proporcionar aos outros profissionais da equipe do NASF e da equipe de saúde da família os conhecimentos específicos sobre as práticas corporais/atividades físicas durante as discussões de casos clínicos e projetos coletivos, nas sessões de estudo dirigido e nos acompanhamentos supervisionados, estabelecendo a responsabilidade co-participativa entre os profissionais sobre a temática;
- desenvolver meios de avaliação do processo de trabalho e dos impactos das ações realizadas no território.

Tendo como referência estas diretrizes para a atuação dos profissionais de EF no contexto das práticas corporais/atividades física no âmbito da saúde coletiva, a presente pesquisa buscou identificar o papel atribuído aos futuros profissionais de EF para o campo da saúde, das duas graduações pesquisadas.

De forma geral, os docentes do Curso A, ao serem questionados sobre o papel do profissional de EF no campo da saúde, indicaram que a prescrição, avaliação e monitoramento de programas de exercícios físicos constituem as principais ações em saúde deste profissional, tendo por objetivos a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (Quadro 6). Os resultados apontaram um entendimento de uma relação direta entre a prática de exercícios físicos e a promoção da saúde, denotando um sentido restrito ao último termo. Incoerências entre o caráter das intervenções e o objetivo de promoção da saúde também foram identificadas na análise documental do Curso A (Quadros 3 e 4), sendo debatidas no tópico anterior da presente discussão. Por último, observou-se que a prevenção esteve em destaque na fala dos docentes enquanto objetivo das ações em saúde (p. 146).

Em menor grau de evidência, representando opiniões individuais ou de um pequeno grupo de docentes, foram identificados outros elementos a respeito do papel do profissional de EF no campo da saúde (Quadro 6). A categoria “Multiprofissional” (p.149) revela que, para dois dos docentes entrevistados, este profissional deve atuar

em um contexto multiprofissional. Além disso, o discurso de um docente, em particular, motivou a elaboração da subcategoria “Empoderamento” (p.150), que apresentou elementos que coadunam com o modelo de cuidado à saúde preconizado pela saúde pública. De fato, este docente faz forte crítica ao modelo prescritivo de atuação, ainda hegemônico no campo da EF, segundo ele.

De forma geral, os resultados encontrados no Curso A sugerem que os futuros profissionais desempenharão ações em saúde que pouco se aproximam das diretrizes das políticas públicas de saúde para atuação com as práticas corporais/atividades físicas. As análises até identificaram alguns elementos no processo de formação que coadunam com o atual paradigma de saúde, como o conceito de saúde ampliado dos docentes (Quadro 5), a menção de ações com objetivo de promoção da saúde (Quadros 3, 4 e 6), atuação em contexto multiprofissional (Quadros 4 e 6), um esboço de olhar para o fenômeno saúde a luz das ciências humanas e sociais (Quadro 4), e, por fim, a menção do empoderamento como meio de promoção da saúde (Quadro 6). No entanto, estes elementos ficaram em segundo plano diante da predominância de um modelo de atuação em saúde prescritivo, basicamente norteado por aspectos da área biodinâmica, com foco na prevenção de doenças e com incompatibilidade entre as ações e o objetivo de promoção da saúde (Quadros 13 e 6).

Os resultados da análise do processo de formação do Curso A indicam a dificuldade da EF em superar uma tendência hegemônica da área, que ainda advoga a simples e direta relação de causa e efeito entre a prática de exercícios físicos e a promoção da saúde. Esse impasse faz com que, em pleno século XXI, diante do atual paradigma de saúde e do contexto das práticas corporais/atividades física no campo da saúde pública, uma graduação em EF com ênfase de formação para a área da saúde apresente tecnologias corporais que muito se aproximam daqueles fundamentos reducionistas de corpo, estruturados no século XIX (SOARES, 2012; CARVALHO, 2012; MACHADO, 2007; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005).

A EF ainda prepara seus profissionais para trabalhar na dinâmica do setor privado, das academias, do mundo do *fitness*, representados pelo *wellness*, onde a tendência higienista e dos corpos padronizados é muito forte. Estes ambientes, se bem

analisarmos, pouca relação tem com a saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013; BORGES; SAPAROTTI, 2015). Segundo Costa e Venâncio (2004), as academias de ginástica e os clubes, até mesmo as escolas, representam os locais que mais difundem receitas de saúde para a modelação dos corpos, desencadeando um processo de mercantilização da atividade física. “Vai depender do profissional de Educação Física assumir ou não a função de vendedor” (COSTA; VENÂNCIO, 2004, p. 62). O perfil socioeconômico do público que frequenta as academias de ginástica não representa o perfil da maioria da população brasileira, que dependem dos serviços públicos de saúde (CARVALHO, 2012; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005), ou seja, o profissional de EF tem sido formado para atender a uma minoria, que não representam os usuários do SUS.

Já para o Curso B, a análise das respostas dos docentes fomentou a elaboração de 5 categorias de sentido (Quadro 11). Na primeira categoria (Atividade Física e Saúde), as unidades de registro indicaram uma relação direta entre atividade física e saúde, ou seja, o profissional de EF tem o papel de promover a saúde por meio do incentivo à prática de atividades físicas, que tem como objetivos secundários a reabilitação e a prevenção da saúde. Apesar da promoção da saúde aparecer em destaque, constata-se, nesta categoria, uma visão de saúde restrita, aproximando-se das formas de pensamento que advogam uma associação de causa e efeito entre atividade física e promoção da saúde, pois não há uma contextualização dessa prática com os demais determinantes de saúde e formas de atuação preconizadas para o âmbito da saúde coletiva. Esse mesmo entendimento reducionista foi observado nos planos de ensino do Curso B (Quadros 9 e 13).

Apesar da identificação dessa visão restrita de promoção da saúde, as categorias “Promoção da Saúde” e “Empoderamento” (Quadro 11) demonstraram uma perspectiva do papel do profissional de EF no campo da saúde que coaduna com as diretrizes da saúde pública quanto a abordagem das práticas corporais/atividades físicas, citadas no início deste tópico. Na categoria “Promoção da Saúde”, observa-se um repúdio ao modelo prescritivo individualizado de cuidado à saúde, assumindo a atividade física como um determinante da saúde, sem desconsiderar os demais. Em seu campo específico de conhecimento, o profissional de EF tem a função de

promover/estimular a prática de atividades físicas. Contudo, sua atuação não se limita a isso, pois tem o papel de atuar em diversos determinantes, não somente no específico do seu campo, como mostra o trecho a seguir:

[...] o profissional de educação física ele tem um papel importante no campo da saúde principalmente no contexto amplo de saúde... se a gente analisar os fatores determinantes da saúde... ele pode contribuir em vários desses fatores em uma perspectiva interdisciplinar intersetorial... e também no campo específico dele que é um fator determinante da saúde que é atividade física também [...] (SP03)

Complementar a esta visão de saúde ampliada e dos determinantes de saúde, o empoderamento é destacado como o meio de promover saúde, sendo esta a principal função do profissional no campo da saúde (Categoria 5 – Empoderamento; Quadro 11). No mesmo sentido, a categoria “Educação”, menciona que os professores de EF também tem o papel de empoderar seus alunos em relação à atividade física enquanto determinante da saúde e sua relação com os demais.

Essa perspectiva do papel do profissional de EF no campo da saúde implica uma atuação em contexto multiprofissional e intersetorial, que são considerados princípios básicos nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009c, 2010b). Destaca-se que estes princípios estavam muito presentes na fala dos docentes do Curso B, uma vez que a categoria “Multiprofissional/Intersetorial” aparece em segundo lugar em termos de relevância, levando em consideração o número de docentes e unidades de registro que a compõe (Quadro 11).

Além desses resultados mais abrangentes, ressaltam-se três observações mais específicas, mas não menos importantes. A primeira, refere-se a uma observação realizada por um docente do Curso B, na categoria “Multiprofissional/Intersetorial”, que menciona o potencial do profissional de EF em atuar como disparador da rede de ação multiprofissional e intersetorial dos serviços de saúde em função da sua frequente participação na vida da comunidade, independente dos serviços especializados em saúde (p.180). Contudo, para que isto efetivamente ocorra, a formação do profissional de EF precisa abordar os princípios, os serviços e o modelo de cuidado à saúde preconizado pela saúde pública.

Neste contexto, dentre os princípios do SUS, destaca-se o “primeiro contato”, que “significa acesso e utilização do serviço de saúde para cada novo evento de saúde ou novo episódio de um mesmo evento” (SAMPAIO; TAKEDA, 2007, p.38). O nível primário de atenção é considerado o primeiro contato da população com os serviços públicos de saúde. Segundo Sampaio e Takeda (2007), o acesso a estes serviços contemplam dois componentes. O primeiro é de caráter geográfico, que se refere à distância física e aos meios de transporte disponíveis para se ter acesso aos locais de assistência à saúde. O segundo é de cunho socioorganizacional, que envolve desde aspectos relacionados à estrutura física e organizacional dos serviços, como os horários de atendimento e o corpo de profissionais de saúde disponível, até o próprio desconhecimento por parte da população sobre os serviços públicos de saúde existentes, assim como o discernimento de quando e como utilizá-los. As Equipes de Saúde da Família têm buscado melhorar esta acessibilidade, tanto por meio da ampliação dos serviços e horários de atendimento quanto pelo empoderamento da população (SAMPAIO; TAKEDA, 2007). Neste contexto, o profissional de EF, mesmo não oficialmente vinculado ao sistema público de saúde, possui um papel importante na acessibilidade do serviço por parte da comunidade, pois, dentre os profissionais da saúde, este profissional é um dos que mais participa da vida das pessoas. Contudo, ele precisa estar preparado e conscientizado para esta função.

A segunda observação específica dos resultados do Curso B é sobre o papel do profissional de EF em “identificar o território”, que foi mencionado na categoria “Empoderamento” (p.183). A propósito, apenas um participante da pesquisa atribuiu especificamente esta função ao profissional de EF no campo da saúde. De fato, esta é a primeira ação a ser realizada por um profissional de EF que pretende desenvolver ou participar de um projeto de promoção da saúde de um determinado território, sendo este projeto específico ou não às práticas corporais/atividades físicas (BRASIL, 2008b, 2009c). O não atendimento a esta premissa pode gerar uma ação em saúde descontextualizada da realidade da comunidade, perdendo totalmente sua efetividade. O processo de identificar um território não é simples, pois consiste em realizar uma:

[...] análise minuciosa da situação da saúde em que se encontra a região que o profissional (**de educação física**) está atuando. Para tanto, faz-se necessário a caracterização da área geográfica dentro dos aspectos sociodemográficos e de condições de vida, como número de habitantes com distribuição de sexo, idade, local de residência, renda, condições básicas de saneamento, água e esgoto, condições de habitação, acesso ao transporte, segurança e lazer. (SILVA et al., 2014, p.116).

Esse processo permite aos profissionais de saúde compreenderem a dinâmica da comunidade, identificando as desigualdades sociais e as possíveis iniquidades em saúde (FIGEIREDO, 2014). Para se atingir tal meta, é necessário uma ação multiprofissional e intersetorial, além de uma efetiva participação popular. Sem esta última, é impossível ter acesso aos anseios, desejos e reivindicações da comunidade, que devem ser considerados para um processo de promoção da saúde humanizado, como preconiza o modelo de atenção à saúde do SUS (BRASIL, 2008b, 2009c, 2010b). Este nível de interação entre profissionais de saúde e usuários propicia os primeiros passos para o vínculo, pois sentimentos de afetividade e confiança emergem entre os atores sociais. Apesar da extrema importância deste complexo processo de identificação do território, ele foi mencionado apenas uma vez pelos participantes do presente estudo.

O terceiro e último aspecto específico a ser evidenciado nos resultados do Curso B está relacionado ao assunto que acaba de ser abordado no parágrafo anterior, pois trata-se da participação popular. Na categoria “Empoderamento”, o docente mencionou que o profissional de EF deve considerar a participação popular na sua atuação no campo da saúde, em específico na saúde pública (p.183). A importância de tal fato já foi mencionada em relação ao processo de identificação do território e, conseqüentemente, no estabelecimento do vínculo e no cuidado humanizado da saúde. Além disso, estimular a comunidade a participar efetivamente nas decisões dos Conselhos Locais e/ou Municipais de Saúde, principalmente aquelas que afetam o contexto das práticas corporais/atividades físicas, também é uma meta das ações do profissional de EF na saúde pública. Por fim, a participação popular está relacionada a tudo que envolve uma atitude proativa no autocuidado da saúde, atribuindo um processo de co-responsabilidade entre os agentes sociais envolvidos no processo de promoção da

saúde. O empoderamento consiste em uma das mais eficazes ferramentas para que esse objetivo seja alcançado (BRASIL, 2008b, 2009c).

De forma geral, os resultados encontrados no Curso B, discutidos até o momento, sugerem que os futuros profissionais desempenharão um papel no contexto da saúde que se aproxima das diretrizes das políticas públicas de saúde para atuação com as práticas corporais/atividades físicas (BRASIL, 2008b, 2009c). As análises identificaram certos aspectos que necessitam ser repensados, de modo a aproximar ainda mais a formação destes profissionais com as novas tendências do campo da saúde, como: 1- uma possível relação de causa e efeito entre atividade física e promoção da saúde, quando se indica o incentivo à prática de atividades físicas, mas não traz uma contextualização dessa prática com os demais determinantes de saúde e formas de atuação preconizadas pela saúde pública, conforme indicado em algumas análises do PPP (Quadro 8) e nas respostas de alguns docentes sobre o papel do profissional de EF no campo da saúde (Quadro 11); 2- a análise dos planos de ensino indicou que ações de prescrição e avaliação de programas de atividade física, com foco no desenvolvimento da aptidão física relacionada à saúde, ainda são predominantes quando o objetivo é a promoção da saúde; e 3- Uma base de conhecimento ainda predominantemente de cunho biodinâmico (Tabelas 48 e 49; Figura 8).

Apesar destes aspectos restritivos, os aspectos considerados positivos evidenciaram-se nos resultados do Curso B, como: 1- conceito de saúde ampliado do corpo docente (Quadro 10); 2- PPP com proposta clara de tentar superar o modelo biomédico de saúde e perfil profissional para a saúde pública (Quadro 8) ; 3- ações de saúde em contexto multiprofissional e intersetorial (Quadros 8, 9, 11); 4- assume a atividade física como um determinante da saúde, sem desconsiderar os demais determinantes no processo de incentivo das práticas corporais/atividades física (Quadro 8 e 11); 5- propõe ações de educação em saúde, empoderamento (Quadro 8 e 11); e, 6- aborda questões relacionadas a identificação do território e a participação popular (Quadro 11). Com base nesses últimos resultados elencados, considera-se que o Curso B apresenta uma formação que propicie uma atuação profissional que mais se

aproxima do modelo de cuidado da saúde preconizado pela área da saúde coletiva do que o Curso A.

Ao se olhar para os resultados como um todo, independentemente do Curso A ou B, nota-se que não há uma clara definição do papel do profissional de EF no campo saúde. Identificou-se desde indícios de um papel prescritivo e biomédico, com foco na doença, até tentativas de superação desse modelo, procurando se aproximar das diretrizes para os profissionais de EF no âmbito da saúde pública. Essa indefinição ainda é presente no campo da formação em EF mesmo tendo disponíveis diversos documentos que apresentam direcionamentos das ações relacionadas às práticas corporais/atividades físicas que devem ser realizadas no âmbito da saúde pública. Dentre estes documentos, destacam-se: 1- Portaria de criação dos NASF (BRASIL, 2008b); 2- Caderno de Atenção Básica dedicado às diretrizes do NASF (BRASIL, 2009c); 3- Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b); e 4- Recomendações do CONFEF sobre Condutas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica da Saúde (AZEVEDO et al., 2010).

Assim como apontado no presente estudo, Falci e Belisário (2013) demonstraram que somente a existência de tais documentos não garantiram uma clara definição do papel do profissional de EF na atenção básica da saúde. Em 2012, estes pesquisadores entrevistaram 15 profissionais de EF que estavam finalizando o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG e que possuíam experiência com atuação na atenção primária da saúde, com o objetivo de analisar o contexto da inserção e atuação destes profissionais na atenção primária. Os entrevistados declararam que havia uma indefinição quanto às atribuições dos profissionais de EF na rede de serviços do SUS. Não havia definição das ações a serem realizadas ou um plano de metas que as direcionasse, ou seja, nem os profissionais de EF e tão pouco os profissionais das equipes de saúde da família tinham claro o que exigir dos profissionais de EF, mesmo diante das orientações existentes (BRASIL, 2008b; 2009c; 2010b; AZEVEDO et al., 2010).

Segundo Coutinho (2012), essa dificuldade em definir o papel e as ações dos profissionais de EF no âmbito da atenção básica é um reflexo das características dos

próprios documentos que norteiam a formação e intervenção destes profissionais para este campo de atuação. Segundo o autor, tanto a portaria de criação dos NASF (BRASIL, 2008b) quanto o Caderno de Atenção Básica dedicado às diretrizes do NASF (BRASIL, 2009c) apresentam diretrizes para as ações do eixo estratégico práticas corporais/atividades físicas que não são específicas para o profissional de EF, pois constituem o direcionamento dos resultados que deverão ser alcançados em função da interação do profissional de EF com os outros profissionais do sistema, ou seja, não descreve como esses objetivos podem ser alcançados.

Em relação às Recomendações do CONFEF sobre Conduas e Procedimentos do Profissional de Educação Física na Atenção Básica da Saúde (AZEVEDO et al., 2010), Coutinho (2011) comenta que este documento avança nos direcionamentos das ações da EF neste âmbito de atuação, contudo, ainda apresenta uma tendência em pautar as ações do profissional de EF numa visão biomédica de assistência. De fato, o documento do CONFEF concentra as intervenções na avaliação dos perigos e benefícios que a prática de exercícios físicos pode trazer às pessoas em geral e aos diversos grupos de risco, com base em parâmetros puramente fisiológicos. Grande parte do documento é dedicado a esta temática, com foco na prevenção de doenças, assim como na prescrição de programas de exercícios físicos para portadores de DCNT (AZEVEDO et al., 2010).

Em função da ausência de um direcionamento mais específico das ações que devem ser realizadas pelo profissional de EF no âmbito da atenção básica, os cursos de formação tentam, às escuras, propor modelos de formação, como é o caso de cursos com formação específica para o campo da saúde. Contudo, em alguns casos, quando as discussões ainda não amadureceram suficientemente, os cursos de formação acabam se refugiando no modelo de atuação de outros campos de intervenção já consolidados da área, como academias e clubes esportivos.

A EF se encontra em um processo de reestruturação da sua formação profissional para adequar-se as atuais exigências profissionais do campo da saúde. A criação dos cursos que foram alvo de análise na presente pesquisa fundamentam essa afirmação. Entretanto, “[...] este processo é lento e deve se basear no respeito aos

condicionamentos das estruturas universitárias, a história de cada curso e as particularidades regionais e culturais” (FONSECA et al., 2012, p.14).

5.3 Aproximação com o campo de trabalho da saúde

As atividades de estágio supervisionado constituem o principal mecanismo de aproximação entre os cursos de preparação profissional com o seu respectivo campo de trabalho. Não há dúvidas quanto à importância destas atividades no processo de formação do profissional de EF (RAMOS, 2002). Todavia, levando em consideração o atual cenário da atenção básica à saúde enquanto campo de atuação, alguns pontos precisam ser considerados e repensados, pois pesquisas têm evidenciado que a falta de aproximação dos graduandos em EF com os serviços da atenção primária à saúde é considerada uma limitação no processo de formação (FALCI; BELISÁRIO, 2013; COSTA, L., et al., 2012; SANTOS; BENEDETTI, 2012; FONSECA, et al., 2011, VOLSKI et al., 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; MACHADO, D., 2007).

Esta limitação contribui para uma falta de entendimento do processo de trabalho neste campo de intervenção, o qual ocorre em um contexto multiprofissional e intersetorial de cuidado à saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013). Conseqüentemente, muitos profissionais de EF inseridos nos serviços de atenção primária à saúde passam por um processo desconfortável de adaptação à uma realidade totalmente desconhecida (MACHADO D., 2007).

Este distanciamento dificulta a interação do profissional de EF com os membros que compõem as equipes multiprofissionais de saúde (MARQUES et al., 2007), pois seu conhecimento da função de cada membro da equipe e das contribuições das respectivas áreas de conhecimento sobre o processo coletivo de cuidado à saúde é superficial e descontextualizado (FALCI; BELISÁRIO, 2013; SILVA; TRAD, 2005). Assim, profissionais de EF que atuam na atenção básica à saúde se tornam apenas coadjuvantes, não participando das decisões e planejamentos das equipes multiprofissionais de saúde a que pertencem (IZIDORO, 2009; ALCÂNTARA, 2009). De

fato, a população é a grande prejudicada, pois esta deficiência de integração multiprofissional pode gerar um atendimento à saúde desumanizado e fragmentado. Em alguns casos, esta completa ausência de aproximação pode levar a uma crise de identidade do profissional com o setor, levando muitos a não reconhecerem o campo da atenção primária à saúde como sendo de sua competência (ANJOS; DUARTE, 2009).

Mediante este contexto e considerando o estágio supervisionado como o principal mecanismo de interação com o campo de trabalho, o presente estudo analisou a aproximação dos estudantes das graduações investigadas com os serviços de saúde.

A análise documental mostrou diferenças entre as duas graduações no reconhecimento da atenção básica à saúde como campo de trabalho dos futuros profissionais. Neste sentido, apenas o Curso B deixou claro e evidente um perfil profissional para atuar neste setor, assim como a indicação dos serviços públicos de saúde como locus de atuação profissional. Este posicionamento foi identificado tanto no PPP do Curso B (Quadro 8) quanto no seu Regulamento do Estágio Supervisionado (Quadro 12).

A ausência destes direcionamentos nos documentos do Curso A constitui uma limitação na proposta de formação de um profissional da área da saúde da atualidade (FALCI; BELISÁRIO, 2013). Contudo, este equívoco também é observado nas próprias DCN para os cursos de EF (BRASIL, 2004a, 2009a), as quais não apresentam nenhum comprometimento de formação profissional em consonância com os princípios do SUS e da necessidade da aproximação dos futuros profissionais com os serviços de saúde pública. Tal fato não ocorre com as DCN de outras profissões da saúde, como Medicina (BRASIL, 2001g), Enfermagem (BRASIL, 2001b), Nutrição (BRASIL, 2001a) e Fisioterapia (BRASIL, 2002c), por exemplo. Ou seja, é preciso repensar as DCN dos cursos de EF em relação aos seus direcionamentos de formação para o campo da saúde.

Apesar das diferenças em termos documentais, as entrevistas da presente pesquisa revelaram que, efetivamente, em ambos os cursos investigados, a academia de ginástica ainda é o principal locus das atividades de estágio na área da saúde. Por outro lado, há uma grande dificuldade em estabelecer vínculos de estágio com os

serviços de saúde da atenção básica. O corpo docente demonstrou plena ciência de que este quadro representa uma limitação da preparação profissional, indicando a necessidade de ampliação das possibilidades de estágio nesta área, de forma que locais como hospitais, centros/clínicas de reabilitação e unidades básicas de saúde, por exemplo, se tornem espaços regulares das atividades de estágio.

Neste sentido, observa-se que a estrutura universitária de ambos os cursos, nos respectivos municípios que estão localizados, possui Hospital Universitário, que, naturalmente, recebe um grande número de estagiários das graduações da área da saúde da Universidade, como medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição, etc. Esse contexto favorece à aproximação dos cursos de EF desta Universidade com estes estabelecimentos de saúde, o que efetivamente vem acontecendo com alunos do Curso B, apesar deste vínculo ainda não estar consolidado como campo de estágio regular do curso. Esta iniciativa coaduna com a proposta de ampliação das possibilidades de estágio na área da saúde para além dos locais tradicionais de atuação da EF. Importante ressaltar que o âmbito hospitalar é considerado como setor terciário de atenção à saúde. Neste ambiente, o profissional de EF trabalhará em equipes multiprofissionais, com foco em processos de reabilitação da saúde (FONSECA et al., 2012).

A presente contextualização deixa claro que ambos os cursos apresentam evidente dificuldade em aproximar seus alunos dos serviços de saúde da atenção primária, por meio das suas atividades de estágio supervisionado. Os docentes afirmaram que a complexidade burocrática para se estabelecer convênios com as secretarias municipais de saúde e a falta de profissionais de EF atuando nestes serviços configuram os principais entraves para que esta aproximação ocorra de forma regular.

Estas justificativas apresentadas pelos docentes são interessantes, pois sugerem que, apesar do reconhecimento da atividade física como determinante da saúde (BRASIL, 2013c) e da adoção das práticas corporais/atividades físicas enquanto eixo estratégico nas Políticas Públicas de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), os serviços

de saúde da atenção básica ainda tem carência de profissionais de EF e além disso não possuem planos estratégicos de aproximação com os cursos de formação em EF.

As contribuições da EF no âmbito da saúde pública acontecem muito anteriormente à criação do NASF, que oficialmente incorporou o profissional de EF no sistema público de saúde (COSTA, L., et al., 2012). Contudo, dados referentes às equipes dos NASF implementadas e sobre sua constituição profissional servem com um parâmetro da inserção do profissional de EF no âmbito da atenção básica. Neste sentido, Santos (2012) aponta que no ano de 2011, aproximadamente 50% das equipes dos NASF implementadas possuíam um profissional de EF, sendo este profissional o quinto mais recrutado. Em 2013, havia um total de 2.147 equipes dos NASF, sendo que aproximadamente 62% das 1.625 equipes dos NASF 1 possuíam um profissional de EF, ainda mantendo o posto da quinta profissão mais requisitada (MS, 2013). Em Janeiro de 2016, o número total de equipes aumentou para 4.449, sendo que a categoria NASF 1 foi contemplada com 2.518 equipes (MS, 2016). Estes dados sugerem um aumento na implementação das equipes dos NASF ao longo dos anos e, conseqüentemente, uma contínua inserção do profissional de EF no âmbito da atenção primária da saúde. Contudo, sabe-se que a definição dos profissionais que farão parte da equipe NASF depende de demanda específica das secretarias municipais de saúde, que podem ou não indicar a contratação do profissional de EF (BRASIL, 2013a). Sendo assim, não é estranho constatar a ausência deste profissional nos serviços públicos de saúde de um determinado município ou território do mesmo, como indicado pelos participantes do presente estudo.

Se por um lado a aproximação com os serviços de saúde da atenção básica apresenta entraves, por outro, os docentes afirmaram que as academias de ginástica facilitam o trâmite burocrático e oferecem ajuda de custo os estagiários, o que contribui para a prevalência destes locais como campo de estágio. Este contexto reflete a realidade do mercado de trabalho da área, pois as academias de ginástica e clubes também são os locais onde estão concentrados a maioria dos profissionais de EF no mercado de trabalho (FONSECA et al., 2012). Em 2006, o Brasil estava na quarta posição na lista dos países com maior faturamento no ramo do *Fitness*. Naquele

momento, estimava-se a existência de mais de 20 mil academias de ginástica, que atendiam aproximadamente 3,4 milhões de clientes (\cong 2% da população brasileira) e fomentavam cerca de 140 mil empregos diretos. A projeção de crescimento deste mercado era de 12% ao ano (BERTEVELLO, 2006). Ou seja, partindo-se do princípio que a aproximação dos formandos com os locais de atuação profissional por meio do estágio tem também a função de propiciar vínculos para uma possível contratação após a conclusão do curso, é compreensível que estes alunos se aproximem dos estabelecimentos com maior chance de inserção profissional no mercado de trabalho.

Entretanto, este contexto é prejudicial para formação deste profissional para atuação no âmbito da saúde coletiva, pois apesar das academias de ginástica e clubes representarem o setor secundário de atenção à saúde, o modelo de atuação é centrado na orientação especializada de exercícios físicos, baseado em parâmetros puramente fisiológicos, podendo abranger indivíduos ou pequenos grupos, em um contexto em que as relações multiprofissionais são raras (FONSECA et al., 2012). Além disso, como já citado, o universo da academia é centrado na lógica do mundo do *fitness*, que possui uma concepção de saúde vinculada à tendências higienistas e da padronização dos corpos (BORGES; SAPORETTI, 2015; FALCI; BELISÁRIO, 2013; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; COSTA; VENÂNCIO, 2004). Ou seja, um aluno formado predominantemente neste contexto continuará tendo dificuldades em intervir de forma compatível com o modelo de atenção à saúde da atenção básica, reproduzindo as limitações de atuação neste setor, amplamente relatadas na literatura e no presente estudo (FLCI; BELISÁRIO, 2013; FRANÇASSO et al., 2009; ALCÂNTARA, 2009; MACHADO D., 2007; MARQUES et al., 2007).

Além das atividades de estágio supervisionado, existem alguns outros mecanismos de aproximação entre os graduandos em EF e os serviços de saúde no âmbito da saúde coletiva. Neste sentido, destacam-se dois programas, o Pró-Saúde (BRASIL, 2007d) e o PET-Saúde (BRASIL, 2008a). Graduações de EF tem se inserido em tais programas, o que tem proporcionado experiências com o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvidos em unidades de saúde e demais localidades que constituem a rede de serviços do SUS (PRADO, 2012; BERNARDONI;

CARVALHO, 2012; SANTOS et al., 2011; GOERSCH et al., 2012; RODIGUES; SOUZA; PEREIRA, 2012; SILVA et al., 2012). Contudo, o impacto destes programas no campo da EF como um todo ainda é pequeno, uma vez que, em 2013, por exemplo, apenas 60 cursos de EF fizeram parte das equipes PET-Saúde e/ou Pró-Saúde (MS, 2013), diante das aproximadamente 1.200 graduações presenciais em EF existentes no país (CORRÊA et al., 2016).

Todavia, os cursos da área da saúde não precisam ficar reféns da aprovação em editais do PRO-Saúde e PET-Saúde para proporcionar estas experiências aos seus estudantes, como é o caso da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que possui um componente curricular comum aos cursos da saúde, o que inclui o curso de EF da instituição nos moldes desenvolvidos pelo programa PET-Saúde (ARAÚJO; DIAS; MELO, 2013).

Neste contexto, o Ciclo Básico do Curso B se destaca como uma iniciativa de promover a interação entre diferentes profissões no processo de formação, possibilitando discussões em contexto interdisciplinar, desenvolvendo habilidades para o trabalho em equipes multiprofissionais. As atividades são desenvolvidas com base na metodologia pedagógica conhecida como Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem. Essa concepção pedagógica já vem sendo utilizada há algum tempo em graduações da área da saúde, com maior frequência nos cursos de medicina e enfermagem, mas raramente em graduações de EF. Segundo pesquisadores da área pedagógica, esta estrutura de ensino-aprendizagem aumenta a capacidade do aluno em participar como agente de transformação social, durante o processo de detecção de problemas reais e de busca por soluções originais (MITRE et al., 2008). O Ciclo Básico do Curso B representa uma proposta de superação da fragmentação do conhecimento e da falta de articulação interdisciplinar e multiprofissional no processo de formação profissional, tão criticado no campo da EF (HUNGER; ROSSI, 2010; BETTI; BETTI, 1996).

A análise da aproximação dos graduandos com o campo profissional também foi realizada à luz da configuração da base de conhecimento curricular das graduações investigadas, a qual foi obtida a partir da utilização do modelo teórico proposto por Kirk

et al. (1997). Os resultados demonstraram que ambos os cursos abordam, no processo de formação, uma maior proporção de conhecimentos de cunho acadêmico quando comparado aos conhecimentos de caráter profissional (Tabelas 25 e 48).

Essa predominância das informações acadêmicas foi ainda “suavizada” em função da contabilização da carga horária das disciplinas de estágio supervisionado, pois estas foram consideradas de caráter essencialmente profissional. Conforme observado nas Figuras 7 e 9, ambos os cursos abordam mais assuntos de cunho acadêmico nos quatro primeiros semestres, ocorrendo uma inversão deste foco para os conhecimentos de cunho profissional nos semestres em que ocorrem as atividades de estágio supervisionado. Para o Curso A, em termos médios, a diferença até o quarto semestre foi de 53.7%, sendo que esta diferença cai para 17% nos últimos dois anos. Já para o Curso B, os semestres que antecedem as atividades de estágio indicam uma diferença média de 51.2%, caindo para 11.1% durante o período dos estágios. Caso os conhecimentos profissionais das disciplinas de estágio fossem desconsiderados, a prevalência dos conhecimentos acadêmicos seria ainda maior. Uma reflexão deste contexto sugere que os graduandos dos cursos analisados estão realizando a aproximação com os campos de estágio com pouca quantidade de conhecimentos de cunho profissional.

As Tabelas 26 e 49 apresentam o resultado desta análise para o conjunto de componentes curriculares que possuem a palavra saúde em seu programa de ensino, respectivamente para os cursos A e B. Os resultados relativos ao Curso A mostraram que este conjunto de disciplinas possui predominância de conhecimentos de cunho profissional. Conforme demonstrado na Tabela 7, a maioria destes componentes curriculares é ofertado a partir do 5º semestre, dentro do período de ênfase da formação e no momento que as atividades de estágio estão sendo realizadas. Também no Curso B (Tabela 32), a maioria destas disciplinas também é ofertada a partir do 5º semestre, mas os resultados revelaram a mesma prevalência dos conhecimentos acadêmicos observados nos resultados gerais (Tabela 49).

A discussão sobre a necessidade da produção de um conhecimento acadêmico-científico próprio, que norteasse a intervenção no campo da EF, teve início na década

de 60, nos Estados Unidos, com a publicação de Franklin Henry, denominada de “*Physical Education: An Academic Discipline*” (HENRY, 1964). Este debate iniciado em solo americano alcançou proporções globais, influenciando, inclusive, o processo de reorganização da formação profissional da EF brasileira ocorrido nas décadas de 80 e 90 (MANOEL, 1996; TANI, 2006).

Naquele momento, deu-se início à investigação científica do movimento humano a partir dos métodos de pesquisa das áreas tradicionais da ciência (biologia, psicologia, educação, sociologia, por exemplos) e das subáreas que emergiram neste contexto, como: fisiologia do exercício; crescimento e desenvolvimento motor; controle e aprendizagem motora; psicologia do esporte; sociologia do esporte; história do esporte; entre outras. O denominado “movimento disciplinar” constituiu a estratégia para se conquistar o *status* acadêmico da EF brasileira (MANOEL; CARVALHO, 2011; TANI, 2006).

Este movimento já vinha acontecendo em outros países, como nos Estados Unidos (LAWSON, 1991), na Austrália (KIRK, 1997), na Inglaterra (LEE, 2014) e na Alemanha (RENSON, 1989), ou seja, a EF brasileira seguiu uma tendência global da área. Segundo Kirk (2006), apesar das particularidades de cada país, houve um padrão em relação aos efeitos gerados pela então denominada “crise de Henry”, que foi o processo de “cientificização”, especialização e fragmentação do conhecimento no campo da EF.

A influência deste “movimento disciplinar” nos currículos de cursos de formação de professores de EF foi investigada por Kirk e colaboradores (1997). Ao analisarem a base de conhecimento destes cursos, de duas universidades australianas, entre os anos 70 e 90, os autores identificaram que, a partir da década de 80, houve a alteração de uma base de conhecimento de caráter profissional, para uma base de conhecimento de cunho acadêmico.

Recentemente, de modo similar à pesquisa desenvolvida por Kirk et al (1997), Lee (2014) investigou as mudanças que ocorrem na base de conhecimento de um curso inglês de formação de professores de EF ao longo de mais 30 anos. Os resultados mostraram que, entre as décadas de 70 e 90, havia uma ênfase nos

conhecimentos de cunho acadêmico em detrimento dos conhecimentos de caráter profissional. O autor atribuiu esta configuração da base de conhecimento como consequência do “movimento disciplinar”, adotado como estratégia de promover o *status* acadêmico-científico da EF após a “crise de Henry”.

Por outro lado, no ano 2000, Lee (2014) identificou um equilíbrio entre os conhecimentos acadêmico e profissional, sendo que, a partir do ano de 2005, ocorre uma inversão da ênfase, sendo identificada a predominância dos conhecimentos de cunho profissional no currículo, mantendo-se esta configuração até o ano de 2010, último ano analisado na pesquisa. O autor comenta que o próprio processo de desenvolvimento acadêmico da área, estimulado pela “crise de Henry”, propiciou o aumento da produção científica do conhecimento profissional, principalmente pelas pesquisas realizadas no campo da pedagogia do esporte. Ainda segundo o autor, o aumento da produção científica sobre os conhecimentos de cunho profissional são reflexo de uma crítica à exacerbada produção de pesquisas básicas no processo de legitimação acadêmica da área, produzindo estudos que pouco contribuíram para o progresso da intervenção profissional. A era da predominância do conhecimento acadêmico pós “crise de Henry” parece ter terminado para o curso investigado por Lee (2014).

Aparentemente, o Brasil apresentou um desfecho do processo de legitimação acadêmica da EF semelhante aos países supracitados, pois, se por um lado, a “crise de Henry” também provocou um incontestável avanço da produção científica da EF brasileira, por outro lado, este avanço científico também não tem fomentado uma proporcional melhora na qualidade das intervenções profissionais. A especialização e fragmentação do conhecimento produzido pelas pesquisas acabam limitando a aplicação dos seus achados à realidade do cotidiano profissional (MANOEL; CARVALHO, 2011; TANI, 2006, 2014; RODRIGUES, 2000; VERENGUER, 2004).

A ênfase depositada nos conhecimentos de cunho acadêmico, a qual foi observada nos resultados do presente estudo, reflete o distanciamento das produções científicas com o cotidiano profissional. Segundo Kirk et al. (1997), o equilíbrio na distribuição dos conhecimentos nos eixos do seu modelo teórico seria desejável para o

treinamento de um profissional que possui alto caráter pedagógico, educacional e humanístico no exercício de sua profissão, como é o caso do profissional de EF. Verenguer (2004) possui um posicionamento ainda mais audacioso, o qual evidencia que o cotidiano profissional e a reflexão deste devem ser o foco da formação em EF.

5.4 Considerações Finais

A presente pesquisa se propôs a analisar o processo de preparação profissional para atuação no campo da saúde, em específico ao âmbito da saúde coletiva, de duas jovens graduações de EF, as quais possuem ênfase de formação para o setor saúde. Tais cursos são ofertados por uma das mais importantes universidades brasileiras, referência na formação de recursos humanos, tanto em nível de graduação quanto pós-graduação (mestrado e doutorado) e na produção científica da área. Em função do atual contexto entre as práticas corporais/atividades físicas e as políticas públicas de saúde, assim como a crescente inserção do profissional de EF nos serviços públicos de saúde, a formação deste profissional precisa estar alinhada às diretrizes de formação das profissões da saúde, o que engloba o fomento à aquisição de saberes e práticas baseados nos princípios, diretrizes e ações do SUS e da Saúde Coletiva. Neste sentido, a presente investigação identificou alguns avanços e, ao mesmo tempo, a manutenção de antigas tendências hegemônicas do campo da EF, consideradas limitações para o atual contexto das ações em saúde deste profissional.

As discussões acerca das adequações e reestruturações do processo de formação dos cursos de saúde para atuação no âmbito da atenção primária não são recentes, elas residem na consolidação da Reforma Sanitária Brasileira no início da década de 90. No mesmo sentido, as críticas ao modelo de cuidado à saúde prescritivo e biologicista, com foco na doença, vem acumulando questionamentos na área da saúde coletiva a longa data. Tais discussões culminaram em políticas públicas de saúde e diretrizes curriculares para as graduações da saúde que reivindicam mudanças no contexto da formação acadêmica-profissional da área. Contudo, passados mais de 30 anos da regulamentação do SUS (BRASIL, 1990), mais de 18 anos que a EF foi

considerada profissão da saúde de nível superior (BRASIL, 1997a) e passados mais de 7 anos que o profissional de EF foi oficialmente inserido no SUS (BRASIL, 2008b), pergunta-se: Quais são os obstáculos a serem superados para o avanço da área no processo de formação acadêmica-profissional de qualidade para atuação no âmbito da atenção primária?

A reflexão gerada por este provocador questionamento transcende aos achados particulares do presente estudo, demandando uma análise a respeito do olhar que a EF, enquanto área acadêmica-profissional, lança sobre o campo da saúde, assim como uma reflexão a respeito da sua própria identidade acadêmica-profissional. Foi nesta direção que o presente tópico tomou forma.

Para alguns autores, a ruptura com o pensamento médico-higienista que fundamentaram os princípios científicos que consolidaram a EF no campo da saúde no século XX, ainda não ocorreu por completo, influenciando diretamente no perfil do profissional de EF da atualidade, colocando-o em contramão em relação às novas tendências do setor saúde. Os movimentos eugênico e sanitarista do século XX podem ser considerados os precursores ideológicos da massificação do discurso de um estilo de vida ativo, amplamente divulgado pela área da atividade física e saúde da atualidade (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; CARVALHO, 2012).

Neste sentido, Freitas e colaboradores (2013) fazem forte crítica acerca da “racionalidade físico-sanitarista” que é imposta à sociedade e compartilhada pela área da EF. Segundo os autores, a área da atividade física e saúde “[...] evidencia um movimento impositivo, normalizador e corporativista de pensar a saúde, próprios do modelo biomédico”, ou seja, “[...] o corpo e as práticas corporais dissociadas dos sujeitos e de sua cultura, e/ou que minimizam suas possibilidades de mudança e criação” (FREITAS et al., 2013, p.649). Neste contexto, os profissionais de EF acabam adotando um modelo de intervenção prescritivo e normalizador, com foco na doença, como foi constatado por alguns resultados da presente pesquisa.

Além do enfoque biológico-prescritivo, diversos autores têm apontado o discurso culpabilizador que a área da atividade física e saúde têm adotado na “luta” contra o sedentarismo, reproduzindo a lógica físico-sanitarista do século passado.

Estes mesmos autores concordam que a relação entre atividades física e saúde, quando embasada nas pesquisas epidemiológicas que estabelecem uma relação de causa e efeito entre atividade física e saúde¹⁰, acaba desconsiderando os DSS existentes nesta relação, fato observado em alguns resultados da presente investigação. Desta forma de pensar emerge a responsabilização única e exclusiva do indivíduo por sua condição de saúde, uma vez que basta ser fisicamente ativo para ser saudável (FREITAS et al., 2013; CARVALHO, 2012; FRAGA, 2005; BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005; CARVALHO, 2005; NOGUEIRA; PALMA, 2003), fazendo com que as pessoas que apresentam um corpo fora do padrão vigente procurem as academias de ginástica já “seduzidas” pela urgência de emagrecer por meio da atividade física, de forma a se tornarem “saudáveis” (COSTA; VENÂNCIO, 2004).

Campos (2006) observa que há uma tendência da área médica, fundamentada pela probabilidade estatística epidemiológica, em classificar fases da vida e comportamentos como se fossem enfermidades, ou seja, velhice, gravidez, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares têm sido tratados como se eles realmente fossem alguma patologia. A área da EF, fundamentada no discurso médico, utiliza desta lógica probabilística epidemiológica para justificar sua inserção no campo da saúde, adotando a propaganda do “terrorismo” em torno do sedentarismo para se promover no “mercado” da saúde. Este tipo de discurso foi observado nos resultados do presente estudo, com mostra o trecho a seguir:

[...] eu tenho vários amigos médicos, a gente as vezes dá até palestra para os médicos, eu falo para eles: “olha, quando vocês forem falar sobre exercício físico, não falem qual exercício físico mata, dá infarto, dá a morte súbita... digam que tem muito mais gente morrendo por não fazer exercício físico do que por fazer” (RP01)

Apesar de estarmos em pleno século XXI, o saber médico ainda sustenta a prática da atividade física brasileira (FONSECA, SOUZA NETO, 2015; ALVES;

¹⁰ A denominada “epidemiologia dos fatores de risco”, surgiu em meados do século XX com o objetivo de explicar os padrões das doenças não transmissíveis, consideradas o problema de saúde pública da modernidade. Uma vez que elas não conseguem ser explicadas por apenas um agente causador, como no caso das doenças transmissíveis, esta nova epidemiologia desenvolveu modelos estatísticos mais aprimorados e complexos para identificar os fatores de risco responsáveis pela prevenção ou desenvolvimento dos agravos à saúde (FERREIRA, 2009; CZERESNIA, 2007).

CARVALHO, 2010; GOELLNER, 2010; CARVALHO, 2005). A classe médica foi quem legitimou, no passado os benefícios da atividade física para a promoção da saúde da população e, hoje, com o discurso baseado na doença, ditando comportamentos considerados como de risco para a saúde e classificando as pessoas em padrões de normalidade, proporciona um crescente mercado para os profissionais de EF. Este mercado é fomentado pela mídia, que através das comunicações em massa, associa a saúde aos padrões de beleza, transformando todas os meios de modelação dos corpos em produtos a serem consumidos pela população, o que engloba as atividades físicas (COSTA; VENÂNCIO, 2004; ALVES; CARVALHO, 2010). A partir disso surgem dois princípios norteadores da atuação do profissional de EF. O primeiro seria uma postura crítica a respeito da mercantilização da atividade física frente às concepções hegemônicas do corpo, massificadas pela mídia da indústria do *fitness*. O segundo princípio, seria usar a mídia a seu favor, de forma acrítica, como meio de expansão do seu mercado de trabalho (COSTA; VENÂNCIO, 2004).

A formação de profissionais críticos a este contexto configura um desafio ao se constatar que as academias de ginástica (maior expressão da mercantilização da atividade física e padronização dos corpos) são os locais que mais absorvem a mão de obra da área e, ao mesmo tempo, constituem o principal lócus das atividades de estágio supervisionado dos cursos de formação superior. Este contexto dificulta a quebra dos laços com os pensamentos eugênicos e higiênicos que legitimaram a EF no início do século XX. Isso denota a crise de identidade da área que é revelada pela forte influência externa em sua vida profissional, seja pela invasão da mídia nos rumos da profissão, seja pela constante situação de ter que atender às “novas modas de verão” que se consolidam no campo da atividade física e saúde sem uma avaliação científica e aval da EF sobre estas práticas. Neste contexto, a EF continua adotando o discurso médico dos grupos de risco, utilizando a atividade física como um remédio contra a “doença” do sedentarismo, adotando a prática da “medicalização” como meio de promoção da saúde. Vale ressaltar que este discurso foi identificado nos resultados da presente pesquisa.

Além de uma motivação mercadológica, Minelli et al. (2009) consideram esse comportamento da EF como uma estratégia de sobrevivência na área da saúde, pois, uma vez que a EF foi incluída como profissão da saúde (BRASIL, 1997a), com diretriz curricular específica para a área (BRASIL, 2004a), ela inevitavelmente sofrerá forte influência da categoria profissional dominante do setor, no caso a medicina; ao mesmo tempo, buscará aproximação com a mesma, já que, como argumenta Freidson (1998), as profissões “secundárias” da saúde buscarão aproximação com a profissão hegemônica do setor, a fim de obter o aval das suas ações, adquirindo a credibilidade social da sua prática profissional em saúde.

Contudo, esta atitude pode ser considerada uma “faca de dois gumes” para a área da EF, pois se, por um lado, a aproximação com a prática médica lhe proporciona legitimação enquanto profissão da saúde e maior inserção no mercado de trabalho, por outro, a EF nunca alcançará sua autonomia, uma vez que sempre estará dependente de outra profissão do setor para dizer o quê e como fazer. Esta dependência priva a própria área de aprofundar sua compreensão em relação ao campo da Saúde Coletiva e ampliar sua visão em relação às ações de cuidado à saúde (BECALLI; GOMES, 2011).

O processo histórico da EF é fortemente conectado ao campo da medicina. Foi ela quem legitimou e, como já observado, continua exercendo o papel de legitimar a prática profissional da EF no campo da saúde (FONSECA, SOUZA NETO, 2015; ALVES; CARVALHO, 2010; GOELLNER, 2010; CARVALHO, 2005). A base intelectual dos primeiros cursos superiores em EF era fornecida pela classe médica (LIMA, 1994; ISAYAMA et al., 2013) e, segundo Carvalho (2005), até a segunda metade da década de 80, o corpo docente das graduações de EF era composto por médicos, fisiologistas, pedagogos e professores de EF com forte orientação das ciências biológicas, ou seja, não é de se estranhar a herança do cunho biológico na formação e atuação profissional da área.

Contudo, exatamente na década de 80, como reflexo da denominada “crise de Henry” (HENRY, 1964, 1978), a EF brasileira imerge em profunda discussão epistemológica na definição do seu objeto de estudo, assim como na reflexão se ela

deveria ser reconhecida como uma área de conhecimento de natureza acadêmica ou como uma área de conhecimento de natureza profissionalizante (TANI, 2006; 2014; MANOEL, 1996). Esta discussão ocupou lugar nos debates da área na década de 80 e 90, constituindo o tema de diversos eventos científicos, livros e artigos da época. Entretanto, Tani (2014) afirma que não houve um envolvimento maciço da comunidade acadêmica nesta discussão epistemológica, o que seria esperado diante à relevância do assunto para os rumos da EF brasileira. Este mesmo autor afirma que as discussões perderam força antes de se chegar a um consenso, deixando a área carente de uma definição das suas bases epistemológicas, o que gera reflexos negativos no atual contexto da produção científica da área, assim como nos processos de formação e intervenção profissional.

Mesmo sem uma clara definição do seu objetivo de estudo e da sua caracterização acadêmica-profissional (TANI, 2014), a EF, em resposta as proposições de Henry (1964, 1978), deu início ao processo de estruturação para atingir o *status* acadêmico, configurando o denominado “movimento disciplinar” (MANOEL; CARVALHO, 2011; TANI, 2006, 2014). Somado a isto, segundo Carvalho (2005), a comunidade acadêmica passou a defender a EF como pertencente ao campo da saúde como estratégia complementar para sua legitimação acadêmica-profissional (CARVALHO, 2005). Neste sentido, Novaes (2009) afirma que o viés da saúde sempre foi o meio de legitimação social da EF, pois mesmo sua entrada no ambiente escolar não se deu pela sua importância pedagógica, como as demais disciplinas, mas sim pela sua relação com os pensamentos eugênicos e higiênicos do início do século XX.

O processo de estruturação da EF enquanto área acadêmica configurou uma rica oportunidade para a área produzir os próprios conhecimentos, tendo “em suas mãos” o poder de escolher os próprios rumos, produzir pesquisas que pudessem embasar sua intervenção pedagógica, fortalecendo sua identidade e autonomia profissional.

Neste sentido, não há como negar que o movimento disciplinar alavancou substancialmente a produção científica da EF brasileira, vide o volume de publicações e o número de programas *stricto sensu* (mestrado e doutorado) criados nos últimos 20

anos (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011; KOKUBUN, 2006). Segundo Tani (2014, p.720), vinte anos antes “a grande maioria dos orientadores de pós-graduação “*stricto sensu*” em Educação Física/Ciências do Esporte não publicava um artigo sequer no biênio”.

Todavia, o aumento desta produção não propiciou uma melhora proporcional na qualidade das intervenções profissionais da área, pois apesar da diversidade de olhares que poderiam ser empregados na investigação do movimento humano, a área acadêmica da EF privilegiou as pesquisas básicas, especialmente naquelas subáreas em que o método das ciências naturais e exatas era empregado, não produzindo conhecimentos que pudessem fundamentar a prática profissional, provocando o distanciamento da área com a intervenção pedagógica. Ademais, a profunda fragmentação e especialização do conhecimento dificultaram a interdisciplinaridade (MANOEL; CARVALHO, 2011; TANI, 2006, 2014; CARVALHO, 2005; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011; VERENGUER, 2004).

Além disto, como a EF buscava se legitimar dentro da área da saúde enquanto área acadêmica, a visão biomédica é quem passou a determinar os caminhos da sua produção científica (CARVALHO, 2005). Consequentemente, a ênfase da produção na área “biológica” é observada tanto pelo volume das publicações quanto pelas características dos programas de mestrado e doutorado em EF, que possuem, de forma unânime, uma clara supremacia de pesquisadores, bolsistas PQ/CAPES e projetos de pesquisa relacionados às Ciências Biológicas e da Saúde em detrimento às Ciências Sociais e Humanas (MANOEL; CARVALHO, 2011; RIGO; RIBEIRO; HALLAL, 2011; TANI, 2014). Este quadro evidencia um processo de distanciamento da área com as Ciências Humanas e Sociais.

No que concerne à formação em saúde, o rumo adotado pela EF no seu processo de legitimação enquanto área de conhecimento acentuou ainda mais o seu cunho biológico no olhar do processo saúde-doença. A fragmentação do conhecimento e o distanciamento das ciências humanas e sociais impedem o olhar multidisciplinar do seu objeto de intervenção, proporcionando ações de saúde desumanizadas, sem

consciência da importância dos DSS neste processo. Muitas destas consequências foram observadas nos resultados do presente estudo.

Além das suas implicações particulares ao campo da atividade física e saúde, Tani (2014) afirma que as tendências da produção científica da EF brasileira são preocupantes para a área como um todo, com sérias e negativas consequências, tanto para o campo acadêmico quanto para o profissional, uma vez que:

Infelizmente, pesquisadores que não estão preocupados com o crescimento e consolidação da área, mas unicamente com o seu status como pesquisador, adotando um comportamento autocentrado na busca da produtividade a qualquer custo, têm aumentado. Eles são conhecidos no meio acadêmico como pesquisadores da “geração Lattes”. Isso tem gerado distorções na área como, por exemplo, a formação fictícia de grupos de investigação — verdadeiros “consórcios” de pesquisa, a falsa coautoria que resulta em publicação de artigos a granel e o cinismo produtivista de fazer crer que é possível a um único pesquisador publicar dezenas de artigos de qualidade, por exemplo, num período de um ano (TANI, 2014, p.718).

Esta “obsessão” em publicar artigos em revistas de alto impacto tem motivado pesquisadores do campo da EF a produzirem artigos sem relação com a área e publicando-os em periódicos igualmente sem esta identificação. Além de ser questionável as reais contribuições destes trabalhos para a evolução da área da EF, eles ainda colaboram para a manutenção da crise de identidade. Pesquisadores argumentam que tal comportamento é justificado pelas altas exigências das agências de fomento para obtenção de apoio financeiro às pesquisas. No entanto, mesmo que sejam revistas as formas de avaliação dos órgãos de financiamento, isto não descarta a necessidade de se colocar em pauta discussões de âmbito ético e de comprometimento com a área acadêmica a qual pertencemos, assim como reflexões mais amplas sobre o papel da universidade no desenvolvimento social (TANI, 2014).

Por fim, o presente estudo mostrou que, apesar dos avanços identificados, a necessidade de adequação curricular nas graduações de EF para atuação no campo da saúde ainda é evidente, em específico no âmbito da saúde coletiva. Contudo, todas as reflexões até agora apresentadas enfrentam um grande entrave, “[...] a luta pelo poder que se trava entre os muros da universidade” (MANOEL; CARVALHO, 2011; p.403). A legitimação da EF no campo da saúde requer mudanças, as quais exigem esforços

coletivos entre pesquisadores, docentes e discentes para um objetivo comum. Contudo, o que mais se vê são disputas entre grupos de pesquisa para obter o controle sobre os critérios de obtenção de auxílios e recursos financeiros para o desenvolvimento das pesquisas, de forma a beneficiar-se com o maior percentual possível dos recursos disponíveis para a área. As articulações atingem níveis inimagináveis, como a tentativa do “[...] controle na admissão de pessoal para integrar o corpo acadêmico dos departamentos” (MANOEL; CARVALHO, 2011; p.403). Segundo Manoel e Carvalho (2011), estas atitudes tem como objetivo:

[...] manter o *status quo* dos que estão no poder nas instituições universitárias. O que estamos vivendo na universidade é a reprodução de um processo que transcende seus muros. A universidade, a cada dia e com maior velocidade, transforma-se em uma instituição comprometida e redefinida de acordo com a lógica e as leis do mercado, com a organização eficaz e o tecnicismo produtivo (SILVA, 2006). Tudo isso ocorre à custa de recursos públicos e na contramão do movimento em defesa de um ensino universitário decente e responsável (MANOEL; CARVALHO, 2011; p.403).

A Universidade é a instituição com maior potencial para (re)orientar o desenvolvimento de uma nação, alimentando a esperança de um futuro promissor para a humanidade. As universidades não possuem o direito de pautar suas ações em objetivos particulares e egoístas, independentes das demandas e anseios da população, a qual deveria ser a real beneficiária das suas ações (NAMEN et al., 2007).

5.4.1 Apontamentos Futuros: Proposição Curricular

A presente investigação identificou avanços na formação em EF para atuação no âmbito da saúde e saúde coletiva. Contudo, a mesma também diagnosticou alguns aspectos que necessitam ser repensados. Assim, com base nos resultados e reflexões do presente estudo, propõem-se neste momento algumas adequações curriculares que podem contribuir para o avanço da formação e atuação do profissional em EF para o campo da saúde e saúde coletiva.

Neste sentido, a questão da identidade profissional mostrou ser extremamente relevante, uma vez que os resultados apontaram a existência de uma identidade

profissional para o campo da saúde fortemente associada à prescrição de programas de exercícios físicos, com foco na doença e norteado predominantemente por parâmetros fisiopatológicos. A consolidação de uma nova identidade profissional para este campo de intervenção requer um conjunto de ações inter-relacionadas e demanda tempo, ou seja, uma nova identidade profissional não se altera da noite para o dia. Neste contexto é que seguem os direcionamentos para a reconfiguração da identidade profissional da EF no campo da saúde.

A EF é considerada uma área acadêmica-profissional, ou seja, no entendimento da presente pesquisa, enquanto área acadêmica, ela é responsável por produzir conhecimentos científicos que embasem a prática profissional e que solucionem os problemas que emergem dela. Por outro lado, enquanto área profissional, a EF é especializada na promoção de intervenções pedagógicas que abordem as mais diversas formas de expressão do movimento humano (esporte, dança, lutas/artes marciais, ginástica, jogos/brincadeiras, etc.) com o intuito de promover possibilidades de desenvolvimento da consciência corporal e formas de interação do indivíduo com o meio em que vive, possibilitando a experimentação de sensações que poderão reconfigurar sua percepção acerca do papel do movimento humano em sua vida. Assim, a atuação profissional em EF possui um forte cunho pedagógico e social.

Contudo, a EF tem enfraquecido cada vez mais seu caráter de intervenção social, que foi sufocado na busca da identidade acadêmica e pelo caminho da produção científica que, supostamente, é responsável por nortear a prática profissional. A atual configuração da produção científica da área é caracterizada por: conhecimento fragmentado e altamente especializado; produção hegemônica na área biológica/exatas; predominância de pesquisa básica; escassa produção no âmbito da intervenção profissional; e distanciamento com a área das ciências humanas e sociais.

Urge-se a necessidade de reconfiguração deste quadro científico, ou seja, precisa haver uma valorização da pesquisa aplicada, que fundamente a elaboração de procedimentos de atuação profissional para o campo da saúde e saúde coletiva. Neste sentido, os resultados desta tese mostraram que o processo de formação é norteado predominantemente por conhecimentos de cunho acadêmico, sem relação com a

prática profissional. Esta configuração do corpo de conhecimento está atrelada à escassez de produções científicas no âmbito da intervenção profissional. Precisa haver uma ressignificação pedagógica da EF para atuação no campo da saúde, que somente ocorrerá quando a área superar o paradigma de natureza reducionista que orienta suas pesquisas científicas.

O distanciamento da EF com as ciências humanas e sociais abrem espaço para uma prática profissional desumanizada, incapaz de ter consciência do papel social das suas intervenções no campo da saúde. Assim, precisa haver um equilíbrio curricular entre os conhecimentos de cunho biodinâmico e sociocultural. Contudo, a atual configuração dos Programas de Pós-Graduação da EF Brasileira têm gradativamente dizimado os intelectuais e as linhas de pesquisa do campo sociocultural, com sérias consequências para a formação em saúde da área.

Tanto as questões de identidade quanto o conhecimento de cunho profissional tem relações diretas com a aproximação dos graduandos com o campo de atuação profissional. O estágio supervisionado é o componente curricular responsável por essa aproximação formal com o campo de trabalho. Conforme constatado nos resultados da presente tese, as academias de ginástica constituem o principal local do campo de estágio supervisionado. Assim, a área do fitness acaba constituindo como referência de atuação profissional para os graduandos, contribuindo para uma identidade profissional prescritiva, mercantilista e de padronização de corpos. Primeiramente, é necessária a reorganização das atividades de estágio supervisionado de forma a contemplar os serviços públicos de saúde como campos regulares do estágio supervisionado.

Contudo, enquanto esta aproximação com os serviços públicos de saúde não esteja consolidada nas matrizes curriculares dos cursos de bacharelado, pode-se buscar alternativas. Dentre elas, estão os programas Pró-Saúde e PET-Saúde, que tem propiciado ricas experiências no contexto multiprofissional e interdisciplinar, nos serviços de saúde do SUS, para graduandos de EF. Além disso, estes projetos promovem a interação entre estudantes de diferentes graduações da área da saúde, ainda no processo de formação, favorecendo a aquisição de conhecimentos que

favoreçam as relações multiprofissionais futuras. Porém, sabe-se que estes programas ainda não conseguem atender a todos os cursos de EF existentes no Brasil.

O contexto da formação continuada seria outro meio de aprofundamento dos conhecimentos necessários para atuação no campo da saúde e saúde coletiva. Atualmente, apesar de número bem restrito, já possuem vagas para profissionais de EF em residências multiprofissionais em saúde da família. Além disso, também há opções de cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu* no campo da saúde pública.

Apesar das opções levantadas em relação aos programas Pró-Saúde/PET-Saúde e formação continuada, o estabelecimento dos serviços de saúde pública enquanto locais regulares de campo de estágio, dos cursos de Bacharelado em EF, tem papel importantíssimo na construção de uma nova identidade profissional para o campo da saúde e para a consolidação de formas de atuação profissional em contexto multiprofissional e interdisciplinar, com base nos princípios do SUS. Essa meta precisa ser alcançada a médio/longo prazo em todos os currículos de Bacharelado em EF do Brasil.

Por último, a análise documental evidenciou que as DCN para os cursos de EF não apresentam nenhum comprometimento em formar profissionais com perfil de atuação para os serviços públicos de saúde ou a menção de uma formação com base nos princípios e diretrizes do SUS. Diante deste quadro, não é anormal identificar Projetos Pedagógicos que igualmente apresentem esse mesmo descomprometimento, como de fato foi observado nos resultados desta tese. Este contexto influencia negativamente a construção da identidade do profissional de EF com os serviços públicos de saúde. Dessa maneira, aponta-se a necessidade de discutir uma adequação das DCN dos cursos de EF em relação ao seu comprometimento com a formação em saúde, assim como discutir a importância da construção de Projetos Pedagógicos que evidenciem esse perfil de formação em saúde e que considerem os pressupostos do SUS na formação destes profissionais.

6 CONCLUSÃO

O atual paradigma de saúde, que considera as diferentes dimensões da vida de uma pessoa na análise da sua condição de saúde e o empoderamento como o principal mecanismo de promoção da saúde, ainda não está consolidado no processo de formação dos cursos de EF investigados. O conceito de saúde subjacente à formação demonstrou inconsistências e incoerências nos diferentes elementos do processo de preparação profissional. Observou-se tanto avanços em direção às atuais tendências do modelo de cuidado à saúde, quanto indícios da manutenção do antigo modelo biomédico centrado na doença. Este quadro de incongruências foi peculiar a cada uma das graduações analisadas, evidenciando que o conceito de saúde implícito na formação do profissional de EF será particular à história de cada curso e dos diferentes atores sociais envolvidos neste processo. Neste sentido, o Curso A apresentou um maior número de elementos que sugerem um conceito biomédico de saúde. Já o Curso B, apesar dos contrassensos e algumas restrições, exibiu mais elementos que se aproximam do novo paradigma de saúde.

Uma vez que o conceito de saúde de uma profissão norteia seu processo de formação e intervenção profissional, não é surpresa que os cursos analisados não tenham apresentado uma clara definição do papel do profissional de EF no campo saúde, que indicou desde indícios de um papel prescritivo com foco na doença, até tentativas de superação desse modelo, procurando se aproximar das diretrizes para os profissionais de EF no âmbito da saúde coletiva.

Em relação à manutenção de um conceito biomédico de saúde, foram muitos os indícios que atribuíram ao profissional de EF a restrita função de promover um estilo de vida ativo, indicando uma direta associação entre a prática de atividade física e a promoção da saúde, evidenciando uma incompreensão da magnitude do processo de promoção da saúde. Neste contexto, o profissional é formado para atuar de forma prescritiva, com fundamentação teórica e prática para a prescrição, avaliação e monitoramento de programas de exercícios físicos, com base em parâmetros predominantemente biológicos, ora com foco na prevenção de doenças, ora na

promoção da saúde. Em relação a este último termo, em muitos momentos constatou-se a incompatibilidade das ações em saúde para tal objetivo.

Em contraponto, pode-se observar indícios de superação do papel prescritivo e biomédico, uma vez que houve o entendimento de um profissional de EF capaz de promover a saúde por meio do empoderamento. Nesta perspectiva, assumiu-se a atividade física como um determinante da saúde, que é específico do campo de conhecimento da EF, mas sem refutar a responsabilidade profissional de intervir nos demais. Neste contexto, princípios raramente abordados na formação de profissionais de EF foram identificados, como multiprofissionalidade, intersetorialidade, DSS, empoderamento, educação em saúde, território, participação popular, etc.

Novamente, a magnitude destes contrassensos foi particular para cada uma das graduações investigadas. Neste sentido, o Curso A atribuiu ao profissional de EF uma função mais prescritiva, com predominância do modelo biomédico de cuidado à saúde. Por outro lado, o Curso B apresentou um maior número de elementos que podem fundamentar a superação do papel estritamente prescritivo, aproximando-se mais das práticas de saúde preconizadas pela da saúde coletiva.

A presente pesquisa também se propôs a analisar a aproximação dos graduandos com os serviços de saúde, em específico aos da atenção básica. Os documentos que norteiam o processo de formação do Curso B deixaram claro e evidente um perfil profissional para atuar neste setor, assim como a indicação dos serviços públicos de saúde como locus de atuação profissional, o que não foi observado nos documentos do Curso A. Entretanto, efetivamente, esta aproximação é um grande problema na formação de ambos os cursos, pois o campo de estágio, tanto de um quanto de outro, é predominantemente formado por academias de ginástica e clubes. Há uma grande dificuldade em expandir o campo de estágio supervisionado para além dos locais tradicionais de atuação da EF, de forma a possibilitar vivências em hospitais, clínicas e serviços de saúde da atenção primária, principalmente para este último. Tal fato evidencia uma formação fragilizada para atuação em contexto multiprofissional e intersetorial de cuidado à saúde.

A análise do processo de formação também englobou a investigação da base de conhecimento curricular que fundamenta a preparação profissional das graduações investigadas. Neste aspecto, constatou-se que os cursos abordam predominantemente os conhecimentos de cunho biológico e acadêmico em detrimento dos conhecimentos de caráter sociocultural e profissional, respectivamente.

Por fim, esta tese buscou compreender o processo de formação profissional em EF para atuação na saúde coletiva. O campo da atenção básica à saúde ainda constitui um locus de intervenção desafiador para a área, pois exige conhecimentos teóricos e práticos que ainda estão longe de serem contemplados com excelência nos cursos de preparação profissional, como apontado pelos resultados deste estudo. Avanços e entraves foram observados em um contexto de inconsistências e incoerências, principalmente em relação ao conceito de saúde subjacente à formação, ao papel deste profissional neste campo de intervenção e suas respectivas ações em saúde. A área deve buscar uma unidade da formação em saúde, porém, como observado na presente tese, esta formação estará condicionada a um contexto particular de cada IES. Neste sentido, com base nos resultados da presente tese, considera-se que o Curso B apresenta uma formação que propicia uma atuação profissional que mais se aproxima do modelo de cuidado da saúde preconizado pela área da saúde coletiva do que o Curso A.

Esta obra se encerra com as palavras de Fonseca e colaboradores (2012, p.14), que ao elucubrar sobre o processo de adequação da formação e intervenção do profissional de EF no campo da saúde coletiva, afirmam que “[...] este processo é lento e deve se basear no respeito aos condicionamentos das estruturas universitárias, a história de cada curso e as particularidades regionais e culturais. Sem atropelos e com foco no processo, pois em saúde o produto nunca estará acabado”.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, F.C. Estudo Bibliográfico Sobre o Processo Histórico de Atuação do Educador Físico e da sua Inserção na Estratégia da Saúde da Família do Município de Sobral – CE. 2004. **Monografia** (Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sobóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, 2004.
- ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. **Movimento**. Porto Alegre, v. 16, n. 04, 229-244p, 2010.
- ALVES-MAZZOTTI, A.J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.
- ANDRADE, D. R.; COSTA, E. F.; GARCIA, L. M.; FLORINDO, A. A. Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil. In: BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S.; SILVA, K. S. DA; NASCIMENTO, J. V. (Org). **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014.
- ANJOS, T.C., DUARTE, A.C.G.O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**.v.19, n.4, 2009.
- ARAÚJO, A. C.; DIAS, M. A.; MELO, J. P. A formação em educação física no diálogo multiprofissional para a promoção da saúde. **Rev Bras Ativ Fis e Saúde**. Pelotas, 18(3), 339-340p, 2013.
- AZEVEDO, L. F.; OLIVEIRA, A. C. C.; LIMA, J. R. P.; MIRANDA, M. F. **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de Educação Física na atenção básica à saúde**. 48p. Rio de Janeiro: CONFEEF, 2010.
- 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. Disponível em: <<http://www.eefd.ufrj.br/arquivos>>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A.; PALMA, A.; DA ROS, M. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. Volume 2.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 281p. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BECCALLI, M. B.; GOMES, I. M. Das críticas às possibilidades: perspectivas de atuação da educação física em saúde coletiva. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 4, 1085-1092p, 2011.

BERNARDONI, G.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais, dança de contato e improvisação como ferramentas de integralidade – um relato de experiência na UBS Paulo VI. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2012, Porto Alegre. **Anais eletrônicos...** Porto Alegre, 2012. Disponível em:

<<http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaisaudecoletiva>>. Acesso em: 4 de janeiro de 2013.

BERTEVELLO, G. Academias de ginástica e condicionamento físico: Sindicatos & associações. In: COSTA, L. P. (Org.). **Atlas do esporte no Brasil: atlas do esporte, educação física e atividades físicas de saúde e lazer no Brasil**. Rio de Janeiro: Shape, 178-179p, 2006.

BETTI, I. C. R.; BETTI, M. Novas Perspectivas na Formação Profissional em Educação Física. **Motriz**, Rio Claro, v. 2, n. 1, p. 10-15, Jun, 1996.

BETTI, M. **Educação Física e Sociedade**. São Paulo: Editora Movimento, 1991.

BLASCO, P. G. O humanismo médico: em busca de uma humanização sustentável da Medicina. **RBM**. v. 68, p. 4-12, 2011.

BONFIM, M. R.; COSTA, J. L. R.; MONTEIRO, H. L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas. v. 17, n. 3, p. 167-173, jun, 2012.

BORGES, K. E. L.; SAPORETTI, G. M. **Atenção primária à saúde: o profissional de educação física**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Resolução nº 3, de 16 de junho de 1987**. Fixa os mínimos de conteúdo e duração a serem observados nos cursos de graduação em Educação Física (Bacharelado e/ou Licenciatura Plena). Diário Oficial da União. 10 de set 1987. 1987.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação - Conselho Pleno. Resolução CNE/CP Nº 1, 18 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de abril de 2002. Seção 1, p. 31. Republicada por ter saído com incorreção do original no DOU de 4 de março de 2002. Seção 1, p. 8. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/rcp01_02.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2011. 2002a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 5, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. **Diário Oficial da União**, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 39. 2001a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. 2001b.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da União**, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38, 2001g.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da União**, Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 11, 2002c.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 6 de Abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 7 de abril de 2009, Seção 1, p. 27, 2009a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE Nº 2, 15 de julho de 2015. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 de julho de 2015. Seção 1, p. 08. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 218, de 06 de março de 1997. Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias. **Diário Oficial da União**, 6 de março de 1997. Disponível em: <<http://www.cprj.org.br/legislacao/documentos/resolucaosaude1997-218.pdf>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2014. 1997a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.– Brasília: CONASS, 2009. 2009b.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 06 de dezembro de 2007. 2007a.

BRASIL. Lei Federal 9696 de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Brasília: **Diário Oficial da União**, 02 de setembro de 1998. 1998a.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set 1990.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. Portaria nº 146, de 10 de março de 1998. Designa professores para integrem Comissões de Especialistas. **Diário Oficial da União**, 1998, p.79. 1998b.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Superior. Edital nº 4 /97 torna público e convoca as Instituições de Ensino Superior a apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaboradas pelas Comissões de Especialistas da Sesu/MEC. **Diário Oficial da União**, 10 de dezembro de 1997. 1997b.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 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. **Diário Oficial da União**, 05 de abril de 2004; Seção 1:18. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/>>. Acesso de 05 de Setembro de 2011. 2004a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CP 9/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. **Diário Oficial da União**, 18 de janeiro de 2002, Seção 1, p. 31. 2001c.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CP 27/2001. Dá nova redação ao item 3.6, alínea c, do Parecer CNE/CP 9/2001, que dispõe sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. **Diário Oficial da União**, 18 de janeiro de 2002, Seção 1, p. 31. 2001d.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES 1133/2001 – Homologado. Despacho do Ministro em 1/10/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União**, 03 de outubro de 2001, Seção 1E, p. 131. 2001e.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, 15 de janeiro de 2007; Seção 1:28-29. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=15/01/2007&jornal=1&pagina=28&totalArquivos=88>>. Acesso em 20 de outubro de 2011. 2007b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Coordenação-geral de Orientação e Controle. Nota técnica nº 003/2010 - GOC/DESUP/SESu/MEC. Esclarecimentos acerca de cursos de Educação Física nos graus Bacharelado e Licenciatura. **Diário Oficial da União**, 05 de agosto de 2010. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; **Resolução** nº 350, de 09 de 2005. 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_05.htm> Acesso em junho de 2014. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf>. Acesso em: 30 de janeiro 2011. 2001f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde. **Diário Oficial da União**, 27 ago 2008; Seção 1:27. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_3019.pdf> Acesso em 05 de julho de 2011. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação da área da saúde. **Diário Oficial da União**, 27 de novembro de 2007; Seção1:44. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/pdf/portaria_3019.pdf> Acesso em 05 de julho de 2011. 2007d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial de Saúde nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 25 de janeiro de 2008; Seção 1:47-50. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_154_GMMS.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2011. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, 27 de junho de 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108543-1401.html>>. Acesso em: 16 de outubro de 2013. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 719 de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 08 de abril de 2011. 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1ª Edição. Série E Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Nº 50. **Diário Oficial da União** – 14 de março de 2013. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de apoio à saúde da família**. Ministério da Saúde: Brasília, 2009. 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil: cadernos de textos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 177 p. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 2010b.

BRASIL. Ministério Educação. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior. Nota Técnica n.387/2013/CGLNRS/DPR/SERES/MEC. Esclarecimentos sobre os cursos superiores de graduação, nas modalidades bacharelado e licenciatura, em Educação Física. **Diário Oficial da União**, 21 de junho de 2013. 2013b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3o da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 25 de Setembro de 2013. 2013c.

BRASIL. Resolução CNE/CP Nº 2, 19 de fevereiro de 2002. Institui a duração e a carga horária dos cursos de licenciatura, de graduação plena, de formação de professores de educação básica em nível superior. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CP022002.pdf>>. Acesso em: 27 de outubro de 2007. 2002b.

BRUGNEROTTO, F., SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em educação física: um enfoque sobre saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.19, n.01, p.149-172. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde: um modo singular de produzir política pública. **Serviço Social e Sociedade**, v. 26, p. 132-146, 2006.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2), 399-407p, 2007.

CARVALHO, F. F. Educação física e saúde coletiva: diálogo e aproximação. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro v. 8, n. 3, p. 109-126, dez, 2012.

CARVALHO, Y. M. Entre o biológico e o social. Tensões no debate teórico acerca da saúde na educação física. **Motrivivência**. Florianópolis. Ano XVII, nº 24, p. 97-105 jun-2005.

CARVALHO, Y. M. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ministério da Saúde: Brasília. 33-45p. 2006.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. **Public Health Reports**. v.100, n.2, 126-131p. 1985.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação física no Brasil**: a história que não se conta. Campinas, SP: Papirus, 1988.

CASTRO, G.C., GONÇALVES, A. Intervenção e formação em educação física com destaque à saúde. **Motriz**. v.15, n.12, p. 374-382, abr./jun, 2009.

CENTRO DE ESTUDOS DO LABORATÓRIO DE APTIDÃO FÍSICA DE SÃO CAETANO DO SUL (CELAFISCS). **Agita São Paulo**, 2014. Disponível em: <<http://www.celafiscs.org.br/index.php/noticias/item/programa-agita-sao-paulo-e-certificado-pela-fundacao-do-banco-do-brasil-de-tecnologia-social>>. Acesso em: 07 de Fevereiro de 2014.

CHACKON-MIKAHIL, M.P.T., MONTAGNER, P.C., MADRUGA, V.A. Educação Física: formação acadêmica e atuação profissional no campo da saúde. **Motriz**.v.15, n.01, p.192-198, jan./mar, 2009.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. de. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde**. 9(2), 315-33p, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA (CONFEF). **Resolução** nº 046 de 18 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a Intervenção do Profissional de Educação Física e respectivas competências e define os seus campos de atuação profissional. Disponível em <<http://www.confef.org.br>>. Acesso em 15 de setembro de 2011.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE (CNS). **Resolução** nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm> Acesso em 20 de junho de 2011.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Resolução** nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 10 de dezembro de 2014. 2012.

CORRÊA, E. A.; SILVA, L. H.; PIMENTA, T. F. F.; DRIGO, A. J. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 2016. No prelo.

COSTA, E. M. B.; VENÂNCIO, S. Atividade Física e Saúde: discursos que controlam o corpo. **Pensar a prática**. Goiânia, v. 7, n. 1, p. 59-74, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/66/65>>. Acesso em: 12 mai. 2014.

COSTA, F. F.; GARCIA, L. M. T.; NAHAS, M. V. A Educação Física no Brasil em transição: perspectivas para a promoção da atividade física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas. v: 17, n.1, p. 14-21, fev. 2012.

COSTA, L. C.; LOPES JUNIOR, L. C. A. F.; COSTA, E. C.; FEITOSA, M. C.; AGUIAR, J. B.; GURGEL, L. A. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do profissional de educação física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas. v. 17, n. 2, p. 107-113, abril 2012.

COUTINHO, S. S. As competências do profissional de educação física na Atenção Básica à Saúde. 2011. 208 f. **Tese**. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública). Programa da Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto, 2011.

CUNHA JUNIOR, C.F.F. Uma história da relação entre saúde e educação física na educação brasileira. **HU Revista**.v. 35, n. 3, p. 227-234, jul./set, 2009.

CZERESNIA, D. O risco na sociedade contemporânea: relações entre ciência, cultura e saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. **A saúde em debate na educação física**. Ilhéus: Editus, v.3. 275-291p, 2007.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. n.54, v.14, 7-11p, 1986.

DEL CIAMPO, L. A.; JUNQUEIRA, M. J.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C.; FERRAZ, I. S.; MARTINELLI JÚNIOR, C. E. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 391-396, out. / dez, 2006

DIAS, W.C., SILVA, L.H., DRIGO, A.J. A inserção do profissional de educação física no processo de reabilitação musculoesquelética: a visão dos responsáveis por estabelecimentos privados de Itabuna – BA. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.16, n.4, p.300-303, 2011.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface**. Botucatu, v.17, n.47, p.885-99, out. – dez, 2013.

FARANI, E.I.V. Educação Física na Estratégia da Saúde da Família: ferramenta didática para os Programas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. 2009. 89 f. **Dissertação** (Mestrado Acadêmico em Ensino de Ciências da Saúde e Meio Ambiente) – UniFOA – Volta Redonda – Rio de Janeiro. 2009.

FERREIRA, M.S. “Navegar é preciso, viver não é preciso”: risco no discurso da vida ativa. **Motriz**, Rio Claro, v. 15, n. 2, p. 349-357, 2009.

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <
http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf> Acesso em: dezembro 2014. 2014.

FLORINDO, A. A. Educação física e promoção em saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas. v. 3, n.1., p. 84-89, 1998.

FONSECA, R. G.; SOUZA NETO, S. O profissionalismo na educação física: conflitos e disputas de jurisdições Profissionais. **Movimento**, Porto Alegre, v. 21, n. 4., 1099-1110p, 2015.

FONSECA, S. A.; MENEZES, A.S.; FEITOSA, W. M. N.; LOCH, M. R. Notas preliminares sobre a Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde - ABENEFS. **Caderno Fnepas**, v. 2, p. 38-48, 2012.

FONSECA, S.A., MENEZES A.S., LOCH, M.R., FEITOSA, W.M.N., NAHAS, M.V., NASCIMENTO, J.V. Pela criação da associação brasileira de ensino da educação física para a saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v.16, n.4, p.283-288, 2011.

FRAGA, A. B. Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. 2005. 175 f. **Tese** (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Porto Alegre, 2005.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**. São Paulo: EDUSP, 1998.

FREITAS, F. F.; CARVALHO, Y. M.; MENDES, V. M. Educação física e saúde: aproximações com a “clínica ampliada. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 35, n. 3, p. 639-656, jul-set. 2013.

FRIZZO, G. Divisão da formação em educação física: “crônica de uma morte anunciada”. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Londrina, v. 2, n. 2, p. 163-173; ago. 2010.

GOELLNER, S.V. Educação física, ciência e saúde: notas sobre o acervo do Centro de Memória do Esporte (UFRGS). **História, Ciências, Saúde**.v.17, n.2, p.527-536, abr.-jun, 2010.

GOERSCH, C. M.; LAMBOGLIA, F.;FRANCHI, K. M. B.; BATISTA, L. G.; MAIA, D. S. S. Prática da atividade física como facilitadora da promoção de saúde: relato de experiência exitosa do Pró-Saúde E PET-Saúde da UNIFOR. **Rev. Bras. Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 4, p. 521-526, out.-dez., 2012.

GOMES M.; GOMES, M. B. A. Projeto Ação e Saúde: Educar, Conscientizar e Praticar (Atividades Físicas Para a Promoção da Saúde nos PSF's)/ Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Supl., Pelotas, p. 24, 2005.

GOMES, A.C.V.; DALBEN, A. O controle médico-esportivo no Departamento de Educação Física do Estado de São Paulo: aproximações entre esporte e medicina nas décadas de 1930 e 1940. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.321-335, abr-jun, 2011.

- GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; MARCONDES, M. M. C.; MARCONDES, A. C.; ALMEIDA, T. A. M. Do diagnóstico à ação: programa se bole Olinda: estratégia intersectorial de promoção da saúde através da atividade física. **Revista Brasileira De Atividade Física e Saúde**. Pelotas. v. 14, n. 3, p. 206-210, 2009.
- HADDAD, A. E.; MORITA, M. C.; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T.; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**. v.44, n.3, 2010.
- HALLAL, P. C.; KNUTH, A. G. Epidemiologia da atividade física e a aproximação necessária com as pesquisas qualitativas. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**. Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 181-192, jan-mar, 2011.
- HALLAL, P.; REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; SANTOS, M.; GRANDE, D.; KREMPEL, M. C.; CARVALHO, Y. C.; CRUZ, D. K. A.; MALTA, D. C. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v. 14, n. 2, p.104-114, 2009.
- HASKELL, W. L.; LEE, I.; PATE, R.R.; POWELL, K.E.; BLAIR, S.N.; FRANKLIN, B. A.; MACERA, C. A.; HEATH, G.W.; THOMPSON, P. D.; BAUMAN, A. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.** v. 39, n. 8, p. 1423-34, 2007.
- HENRY F. **Physical Education-An Academic** Discipline. Proceedings [of the] Sixty Seventh Annual Meeting [of the] National College Physical Education Association for Men. 14-17, 1964.
- HENRY, F. M. The Academic discipline of physical education. **Quest**, 29, 13-29, 1978.
- HUNGER, D.; NASCIMENTO, J. V.; BARROS, M. V. G.; HALLAL, P. C. EDUCAÇÃO FÍSICA. In: HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; RISTOFF, D.; XAVIER, I. M.; GIOLO, J.; SILVA, L.B. **A Trajetória dos Cursos de Graduação na Saúde: 1991 a 2004**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006. Disponível em: <http://www.publicacoes.inep.gov.br/arquivos/%7B64512EC6-BB2E-43FE-B4BD-0F1AA7769428%7D_Texto_de_Referencia.pdf>. Acesso em: 20 de outubro de 2011.
- HUNGER, D.A.C.F., ROSSI, F. Formação Acadêmica em Educação Física: perfis profissionais, objetivos e fluxos curriculares. **Motriz**. v.16 n.1 p.170-180, jan./mar, 2010.
- ISAYAMA, H.F.; RIBEIRO, C.N.; GOMES, R.O. O multiculturalismo e os currículos dos cursos de graduação em Educação Física. **Rev. Bras. Cien. e Mov.** Brasília, v: 21, n. 2, p. 163-176, 2013.

IZIDORO, T.S. O profissional de educação física e a Estratégia de Saúde da Família na cidade de Campo Grande – MS. 2009. 19 f. **Monografia** (Graduação). Universidade Católica Dom Bosco – Campo Grande – Mato Grosso do Sul. 2009.

KIRK, D. Education Sport and Exercise Professionals: Current Approaches and Future Tasks. Keynote Address **KAHPERD** International Congress Yongin University, Korea, 2006.

KIRK, D.; MACDONALD, D.; TINNING, R. The social construction of pedagogic discourse in physical education teacher education in Australia. **The Curriculum Journal**, 8(2), 271-298, 1997.

KOKUBUN, E. Pós-graduação em educação física. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 20, Suplemento n. 5, 31-33p, 2006.

LAWSON, H. Specialization and fragmentation among faculty as endemic features of academic life. **Quest**, 43, 280-295, 1991.

LEE, C.H. The knowledge base for physical education teacher education in England and Korea. 2014. 246f. **Thesis** (Doutoral on Philosophy). Postgraduation Programam at University of Bedford. Bedford, England, 2014.

LEMO, M.; FONTOURA, M. S. Formação em saúde no estado da Bahia: uma análise à luz da implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador. v. 33, n. 1, p. 35-39, jan-mar, 2009.

LIMA, J. R. P. Caracterização acadêmica e profissional da educação física. **Rev. paul. Educ. Fis.** São Paulo. v. 8, n. 2, p. 54-67, jul-dez, 1994.

MACHADO, D. O. A educação física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à saúde coletiva. In: **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Orgs: FRAGA, A. B.; WACHS, F. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 99-112p, 2007.

MACHADO, M. H. P. T. A construção narrativa da memória e a construção das narrativas históricas: panorama e perspectivas. In: MIRANDA, D. S. **Memória e Cultura: a importância da memória na formação cultural**. São Paulo: Edições SESC-SP, 52-67p, 2007.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; GOSCH, C. S.; CRUZ, D. K. A.; BRESSAN, A.; NOGUEIRA, J. D.; MORAIS NETO, O. L.; TEMPORÃO, J. G. 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, p. 79-86, jan-mar, 2009.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; CRUZ, K. A.; GOSH, C. S. A promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas, v.13, n.1, 24-27p, 2008.

MANOEL, E. J. Comportamento motor e educação física: as duas faces de jano. **Motriz**, Rio Claro, v. 2, n. 1, Junho-1996.

MANOEL, E. J.; CARVALHO, Y. M. Pós-Graduação da Educação Física Brasileira: atração (fatal) para a biodinâmica. **Educação & Pesquisa**. São Paulo, v. 37, n. 2, 1-28p, maio-junho, 2011.

MARQUES, J.B., APRÍGIO, D.P., MELLO, H.L.S., SILVA, J.D., PINTO, L.N., MACHADO, D.C.D., BASTOS, V.H.V. Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (psf): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, n.2, p.246-255, jul./dez, 2007.

MARTINS, I. M. L. Carga horária do Curso de Bacharelado em Educação Física. **Revista Educação Física**. Ano IX, n.32, 28-30p, junho, 2009.

MASSUCATO, J.G.; BARBANTI, V.J. Histórico da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo. **Rev. paul. Educ. Fís.**, São Paulo, v.13, 7-12p, dez, 1999.

MATTOS, M.G.; ROSSETO JUNIOR, A.J.; BLECHER, S. **Metodologia da pesquisa em educação física**: construindo sua monografia, artigos e projetos. 3 ed. Revisada e Ampliada. São Paulo: Phorte, 2008.

MENDES, M. I. B. S.; NOBREGA, T. P. O Brazil-Medico e as contribuições do pensamento médico-higienista para as bases científicas da educação física brasileira. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, 209-219p, jan-mar, 2008.

MENEZES, W. C. D. ;SILVA, L. H.;DRIGO, A. J. A inserção do profissional de educação física no processo de reabilitação musculoesquelética: a visão dos responsáveis por estabelecimentos privados de Itabuna-BA. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 14, 300-303p, 2011.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MINELLI, D. S.; SORIANO, J. B.; FÁVARO, P. E. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais. **Movimento**. Porto Alegre, v. 15, n. 04, 35-62p, outubro/dezembro, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Departamento da Atenção Básica. **Palestra** realizada em Julho de 2013. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/DAB_PNAB_Heider_Pinto.pdf>
Acessado em: dezembro de 2015. 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Secretaria de Atenção Básica. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <
http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp> Acesso em: janeiro de 2016. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Biblioteca Virtual em Saúde**. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf> Acesso em: janeiro de 2016. 2013.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMAN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, Sup. 2, 2133-2144p, 2008.

MORAES, P.; SEBASTIÃO, E.; COSTA, J. L. R.; GOBBI, S. Projeto Saúde na Praça: uma experiência de promoção da saúde em Araraquara-SP. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas. v. 15, n. 4, 255-259p, 2010.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 627-641p, 2004.

NAKAMURA, P. M.; PAPINI, C. B.; CHIYODA, A.; GOMES, G. A. O.; VALDANHA NETO, A.; TEIXEIRA, I. P.; LUCIANO, E.; KOKUBUN, E. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas. v.15, n.2, 128-132p, 2010.

NAMEN, F. M.; GALAN JR., J.; CABREIRA, R. D. Educação, saúde e sociedade. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.9, n.1, 43-55p, dez. 2007.

NEWELL, K. M. Physical education in higher education: chaos out of order. **Quest**, 42, 227-242, 1990.

NOGUEIRA, L.; PALMA, A. Reflexões acerca das políticas de promoção de atividade física e saúde: uma questão histórica. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, 103-119p, maio, 2003.

NOGUEIRA, P. R. **A saúde pelo avesso**. Natal: Seminare, 2003.

NOVAES, C. R. B. Ciência e o conceito de corpo e saúde na Educação Física. **Motriz**, Rio Claro, v.15 n.2 383-395p, 2009.

NUNES, M. P.; VOTRE, S. J.; SANTOS, W. O profissional em educação física no Brasil: Desafios e perspectivas no mundo do trabalho. **Motriz**, Rio Claro, v. 18 n.2, p. 280-290, abr-jun, 2012.

- OGATA, R. A importância do planejamento de marketing nas academias para a conquista da satisfação dos alunos. **Trabalho de Conclusão de Curso**. (Graduação em Bacharel em Educação Física) - Faculdades Integradas FAFIBE. Orientador: Luiz Henrique da Silva. 2005.
- OLIVEIRA, A. A. B. Mercado de trabalho em educação física e a formação profissional: breves reflexões. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.** Brasília, v.8, n. 4, p. 45-50, 2000.
- PAIM, J. S.; TRAVASSOS, C. M. R.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet** (North American edition), v. 377, p. 9-28, 2011.
- PALMA, A.; DA ROS, M. (Org.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006.
- PARADA, M. Corpo e poder: a criação do Departamento de Educação Física do Ministério da Educação e Saúde (1937-1945). **ANPUH – XXIII Simpósio Nacional de História**, Londrina, 2005.
- PASQUIM, H.M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em educação física. **Saúde Soc.**, v.19, n.01, 192-200p, 2010.
- PEDROSA, O.P.; LEAL, A.F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia de saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Rev. Movimento**, Porto Alegre, v.18, n.2, 235-53p, 2012.
- PELICIONI, M. C. F; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, 31(3), 320-328p, 2007.
- PEREIRA, I. D. F.; LAGES, I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 319-338, maio-ago, 2013.
- PEREIRA, W. C. O perfil dos coordenadores de academia da cidade de Ribeirão Preto: a importância do marketing esportivo. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Bacharel em Educação Física) - Faculdades Integradas FAFIBE. Orientador: Luiz Henrique da Silva. 2006.
- POZENA, R.; CUNHA, N. F. S. Projeto “Construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária”. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.18, supl.1, p. 52-56, 2009.
- PRADO, A. R. PET-Saúde - USP: as experiências dos estudantes de educação física. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2012, Porto Alegre. **Anais eletrônicos...** Porto Alegre, 2012. Disponível em <<http://aconteceeventos.sigevent.com.br/anaisaudecoletiva>>. Acesso em: 4 jan. 2013.

PRONI, M. W. Universidade, profissão Educação Física e o mercado de trabalho. **Motriz**, Rio Claro, v.16 n.3 p.788-798, jul-set. 2010.

RAMOS, G. N. S. Preparação profissional em educação física: a questão dos estágios. 2002. 136 f. **Tese** (Doutorado em Educação Física). Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2002.

REI, B. D.; LÜDORF, S. M. A. Educação física escolar e ditadura militar no Brasil (1964-1985): balanço histórico e novas perspectivas. **Rev. Educ. Fis/UEM**, v. 23, n. 3, 483-497p, 2012.

RENSON, R. From Physical Education to Kinanthropology: A Quest for Academic and Professional Identity. **Quest**, 41(3), 235-256, 1989.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIGO, L. C.; RIBEIRO, G. M.; HALLAL, P. C. Unidade na diversidade: desafios para a Educação Física no século XXI. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. v. 16, n 4, 339-345p, 2011.

RISTOW, A. M. A formação humanística do médico na sociedade do século xxi: uma análise curricular. 2007. 180f. **Dissertação** (Mestrado Acadêmico em Educação) – UFPR – Curitiba – Paraná, 2007.

RODRIGUES, A. A. O.; SOUZA, E. S.; PEREIRA, H. B.B. Rede PET-Saúde em Feira de Santana: o desafio da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador. v.36, n.3, 651-667p, jul.-set, 2012.

RODRIGUES, L. H. A Pesquisa Básica e a Pesquisa Aplicada na Formação do Profissional de Educação Física e as Interfaces com o Mercado de Trabalho. **Revista UNICASTELO**, São Paulo, v.3, n.3, p.31-34, 2000.

SAMPAIO, L. F. R.; TAKEDA, S (Org.). **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

SANTOS, A. L. B.; NETO, J. P. M.; SOUZA NETO, F. C. V.; OLIVEIRA, B. N.; RUI, E. M.; SÁ, M. E. G. Educação física e o PET-Saúde: uma estratégia complementar na formação para o SUS. **SANARE**, Sobral, v.10, n.2, 75-78p, jul-dez, 2011.

SANTOS, S. F. S. Núcleo de apoio à saúde da família no Brasil e a atuação do profissional de educação física. 2012. 185 f. **Dissertação** (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis – Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2012.

SANTOS, S.F.S.; BENEDETTI, T.R.B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**. Pelotas, v. 17, n. 3, 188-194p, junho, 2012.

SCABAR, T. G. A educação física e a promoção da saúde: formação profissional e desenvolvimento de competências. 2014. 178p. **Dissertação** (Metrado em Ciências) – USP – São Paulo. 2014.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **J. Health Sci. Inst.** v. 30, n. 4, 411-8p, 2012.

SENADO FEDERAL. Portal de Notícias. **Sistema S.** [2014]. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/glossario-legislativo/sistema-s>>. Acesso em: 28 Abr. 2014.

SILVA, C.L.B.; MELO, V.A. Fabricando o soldado, forjando o cidadão: o doutor Eduardo Augusto Pereira de Abreu, a Guerra do Paraguai e a educação física no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, 337-353p, abr-jun, 2011.

SILVA, D. A. S.; GONÇALVES, E. C. D.; SOUSA, G. R.; NUNES, H. E. G. O papel do profissional de educação física frente ao impacto global da atividade física. In: BENEDETTI, T. R. B.; SILVA, D. A. S.; SILVA, K. S. DA; NASCIMENTO, J. V. (Org). **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde.** Florianópolis: Postmix, 2014.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface.** v.09, n.16, 25-38p, 2005.

SILVA, L.; MATSUDO, S.; LOPES, G. Do diagnóstico à ação: Programa comunitário de atividade física na atenção básica: a experiência do município de São Caetano do Sul, Brasil. **Revista Brasileira De Atividade Física e Saúde.** Pelotas. v. 16, n. 1, p. 84-88, 2011.

SILVA, V. G.; RIBEIRO, T. C.; MACHADO, A. D.; DUARTE, S. J. H.; FARIA, C.; COELHO-RAVAGNANI, C. F. A educação física no programa de educação pelo trabalho para a saúde de Cuiabá-MT. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde.** Pelotas. n. 17, v. 2, p. 121-124, abr, 2012.

SOARES, C. L. **Educação Física: Raízes Europeias e Brasil.** 5 ed. Campinas: Autores Associados, 2012.

SOARES, C. L. **Imagens da educação no corpo:** estudo a partir da ginástica francesa no século XIX. Campinas, SP: Autores Associados, 1998.

SOUSA, M. S. A.; GALLIAN, D. M. C.; MACIEL, R. B.. Humanidades médicas no Reino Unido: uma tendência mundial em educação médica hoje. **Rev Med,** 91(3), 163-73P, 2012.

TANI, G. Comportamento motor e sua relação com a educação física. **Brazilian Journal of Motor Behavior**, v.1, p.20-31, 2006.

TANI, G. Editoração de periódicos em Educação Física/Ciências do Esporte: dificuldades e desafios. **Rev Bras Ciênc Esporte**. 36(4), 715-722p, 2014.

THOMAZ, J.R.; NELSON, J.K.; SILVERMAN, S. **Métodos em pesquisa em atividade física**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TOJAL, J.B.A.G. Formação de profissionais de educação física e esportes na América Latina. **Movimento & Percepção**. v.5, n.7, 2-54p, jul./dez, 2005.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP) [2015] **Disponível em**: <<http://www.usp.br/>>. Acesso em: 17 de março de 2015a.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Escola de Artes, Ciências e Humanidades. **Projeto Político Pedagógico do Curso de Bacharelado em Educação Física e Saúde**. 2014. Disponível em: < <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/PPPEFS2015.pdf>> Acesso em: dez. 2014. 2014a.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Escola de Artes, Ciências e Humanidades. **Orientações para realização do estágio supervisionado em Educação Física e Saúde**. 2014. Disponível em: < <http://each.uspnet.usp.br/estagios/orientacoesgeraisefs2014>> Acesso em: dez. 2014. 2014b.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto. **Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado de Educação Física e Esporte**. 2015. Disponível em: <http://www.eeferp.usp.br/sites/default/files/paginas/projeto_politico_pedagogico_0.pdf> Acesso em: jan. 2015. 2015b.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (USP). Escola de Educação Física e Esporte de Ribeirão Preto. **Regulamento de Estágio Supervisionado em Educação Física e Esporte**. 2015. Disponível em: < <http://www.eeferp.usp.br/?q=pt-br/node/208>> Acesso em: jan. 2015. 2015c.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). [2015] **Disponível em**: < <http://www.unifesp.br/>>. Acesso em: 15 março de 2015.

VENTURIM, L. M. V. P.; MOLINA, M. D. C. B. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no serviço de orientação ao exercício – Vitória/ES. **Revista Brasileira De Atividade Física & Saúde**. Londrina, v. 10, n.2, 4-16p, 2005.

VERENGUER, R. C. G. Intervenção profissional em Educação Física: expertise, credencialismo e autonomia. **Motriz**, Rio Claro, v.10, n.2, p.123-134, mai./ago, 2004.

VOLSKI, V.; COUTINHO, S. S.; VEIGA, T. B.; FREITAS, M. A.; PEREIRA, M. J. B. A promoção da saúde na percepção de acadêmicos formandos nos cursos do setor de ciências da saúde da Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Paraná. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, ano 9, n.29, jul-set, 2011.

WARSCHAUER, M.; D'URSO, L.. Ambiência e Formação de Grupo em Programas de Caminhada. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.18, supl. 2, 104-107p, 2009.

ANEXOS



PROJETO DE PESQUISA

Título: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO NA SAÚDE COLETIVA: DA CONCEPÇÃO DE SAÚDE À RELAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 07403212.2.0000.5526

Pesquisador: Luiz Henrique da Silva

Instituição: Universidade Estadual de Santa Cruz ((UESC))

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 101.659

Data da Relatoria: 19/09/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado *Um estudo de caso sobre a formação em educação física para atuação na saúde coletiva: da concepção de saúde à relação interprofissional*; trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa que utilizará a combinação de análise documental, entrevista e questionário. Possui como objetivo geral compreender a relação entre a concepção de saúde e o currículo de formação do curso de educação física para atuação na saúde coletiva. Em específico será analisado (1) a concepção de saúde e as relações interprofissionais através do corpo docente e discente; (2) a concepção de saúde e as relações interprofissionais nos documentos relacionados ao currículo de formação em educação física; (3) a estrutura do estágio interdisciplinar focando a ação multiprofissional na área da saúde; e (4) a atuação profissional do egresso na área da saúde coletiva. Para a coleta de dados será utilizado a análise documental (Projeto de Desenvolvimento Institucional, Projeto Político Pedagógico do curso de Licenciatura em Educação Física (LEF), Ementário, Programas de ensino dos componentes curriculares do curso, e Regulamento do Estágio), e entrevistas (diretor do Departamento de Ciências da Saúde (DCS), coordenador do Colegiado do curso de LEF, coordenador de estágio do curso e alguns professores do DCS) e questionários (dez alunos formandos no ano de 2013 e cinco alunos ingressantes no ano de 2014).

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO:

- Este projeto buscará, através de um estudo de caso em uma universidade pública do estado da Bahia, compreender a relação entre a concepção de saúde e o currículo de formação do curso de educação física para atuação na saúde coletiva

SECUNDÁRIO:

- Analisar a concepção de saúde e as relações interprofissionais através do corpo docente e discente;
- Analisar a concepção de saúde e as relações interprofissionais nos documentos relacionados ao currículo de formação em educação física;
- Analisar a estrutura do estágio interdisciplinar focando a ação multiprofissional na área da saúde;
- Analisar a atuação profissional do egresso na área da saúde coletiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor do projeto esclarece os riscos e ou desconfortos previstos, tais como o tempo que será despendido para responder aos questionamentos durante a aplicação do questionário ou entrevista, e dúvidas quanto a pesquisa ou as perguntas realizadas. Como benefício o autor destaca que os resultados podem vir a contribuir com futuras reformulações no processo de formação dos

Endereço: Campus Soane Nazaré de Andrade, Rodovia Jorge Amado, Km 16, Bairro Salobrinho

Bairro: CENTRO

CEP: 45.662-900

UF: BA

Município: ILHEUS

Telefone: (73)3680-5319

Fax: (73)3680-5319

E-mail: cep_uesc@yahoo.com.br



profissionais de educação física para atuação na área da saúde coletiva, propiciando, conseqüentemente, melhores serviços prestados à sociedade.

Todas as informações sobre a possibilidade de não responder alguma questão, bem como a desistência do estudo a qualquer hora e por qualquer razão estão expressos no TCLE, em linguagem apropriada, atendendo aos dispositivos da Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.3.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta uma fundamentação teórica consistente e coerente com a linha de pesquisa. Os objetivos são claros e a metodologia adequada. O cronograma é viável.

A presente pesquisa atende a todas as exigências em relação à descrição da pesquisa (Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.2) bem como informações claras relativas ao sujeito da pesquisa (Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1)Projeto de pesquisa: de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.2;
- 2)TCLE: de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.3;
- 3)Folha de rosto: de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.1;
- 4)Declaração de responsabilidade e declaração de chefe de serviço: de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.5;
- 5)çCurriculum vitaeç: de acordo com a Resolução CNS/MS 196/96 ç VI.4.

Recomendações:

Nenhuma recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma pendência

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UESC avaliou seu Protocolo de Pesquisa em reunião ordinária de 19 de setembro de 2012 e considerou a proposta de investigação em tela relevante. Após relato e discussão dos aspectos atinentes ao protocolo, este Colegiado emitiu parecer favorável à APROVAÇÃO.

ILHEUS, 19 de Setembro de 2012

Assinado por:
Aline Oliveira da Conceição

APÊNDICES

APÊNDICE A – TCLE

Prezado (a) Sr/Sr^a

Convido o Sr. (a) para participar como voluntário (a), na pesquisa que tem o título de “A formação em Educação Física para atuação na área da saúde coletiva: da concepção de saúde à base de conhecimento”, e tem como objetivo compreender a concepção de saúde e o corpo de conhecimento de cursos de Bacharelado em Educação Física, ênfase em saúde, para atuação na saúde coletiva. No caso de aceitar fazer parte da mesma, o Sr. (a) será entrevistado. O participante poderá utilizar o tempo que achar necessário para expor suas opiniões. A entrevista será gravada por meio de um equipamento de áudio, não sendo realizado nenhum procedimento de gravação de vídeo. Após a gravação, as entrevistas serão transcritas. Serão utilizados códigos para identificar os entrevistados, garantindo o sigilo da identidade. As informações serão utilizadas apenas para fins acadêmicos. As transcrições e os arquivos de áudio das entrevistas ficarão armazenados sob responsabilidade do pesquisador responsável. Após o período de 5 anos do término da pesquisa, os arquivos e as transcrições serão destruídos.

As suas informações serão de extrema importância, podendo contribuir com futuras reformulações no processo de formação dos profissionais de educação física para atuação na área da saúde coletiva, propiciando, conseqüentemente, melhores serviços prestados à sociedade. Os riscos e, ou desconfortos previstos em decorrência da sua participação na nossa pesquisa são o tempo que será despendido para responder aos questionamentos e dúvidas quanto a pesquisa ou as perguntas da entrevista.

O Sr. (a) terá liberdade para pedir esclarecimentos sobre qualquer questão, bem como para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento que desejar, mesmo depois de ter assinado este documento, e não será, por isso, penalizado de nenhuma forma. Caso desista, basta avisar ao (s) pesquisadores (s) e este termo de consentimento será devolvido, bem como todas as informações dadas pelo Sr. (a) serão destruídas.

Informo que o resultado deste estudo poderá servir para acadêmicos, pesquisadores, gestores e responsáveis por instituições de formação superior em educação física, pois estes são responsáveis por organizar ou promover ações que busquem melhorar a formação dos futuros profissionais de educação física no âmbito da saúde, possibilitando fornecer à sociedade profissionais com alta qualidade para atuarem no mercado de trabalho.

Como responsável por este estudo comprometo-me em manter sigilo de todos os seus dados pessoais e indenizá-lo (a), caso sofra algum prejuízo físico ou moral decorrente do mesmo.

Prof. Ms. Luiz Henrique da Silva
Pesquisador Responsável
Telefone para contato: **(71) – 9178 2463**
e-mail: professor_lhsilva@hotmail.com

Eu, _____, RG _____, aceito participar das atividades da pesquisa: “A formação em Educação Física para atuação na área da saúde coletiva: da concepção de saúde à base de conhecimento”. Fui devidamente informado sobre os objetivos e procedimentos aos quais serei submetido, ou seja, responder a questionamentos por meio de uma entrevista, fornecendo informações sobre as minhas concepções sobre saúde e sobre o processo de formação do profissional de educação para atuação na saúde coletiva. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade, e que os dados de identificação e outros pessoais não relacionados à pesquisa serão tratados confidencialmente.

Data: / / Local: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B – e-mail convite ao participante

Prezado(a) Professor(a) Fulano(a), bom dia.

Meu nome é Luiz Henrique da Silva, sou professor do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz – Ilhéus – BA e doutorando no Programa de Ciências da Motricidade da UNESP – Rio Claro. Estou desenvolvendo a tese intitulada “**A formação em Educação Física para atuação na área da saúde coletiva: da concepção de saúde à base de conhecimento**”, sob a supervisão do Prof. Dr. Alexandre Janotta Drigo.

O objetivo da minha pesquisa é analisar o conceito de saúde adotado em cursos de Bacharel em Educação Física, com ênfase de formação para o campo da saúde, assim como a base de conhecimento destas graduações de acordo com o modelo teórico proposto por Kirk, Tinning e Macdonald (1997).

A graduação de XXXXXXXXXXXXXXXX da XXXXXXXXXXXXXXXX está entre os cursos que pretendo analisar em minha tese. Os dados da minha pesquisa serão oriundos de documentos e entrevistas.

Conforme informações disponíveis no site do curso, o(a) prezado(a) Professor(a) é responsável por ministrar as seguintes disciplinas:

- XXXXXXXXXXXXXXXX;
- XXXXXXXXXXXXXXXX;
- XXXXXXXXXXXXXXXX.

Em função destas suas atribuições junto ao curso, venho gentilmente convidá-lo a participar de minha pesquisa como informante por meio de uma entrevista. A participação do(a) prezado(a) Professor(a) será de extrema importância para o desenvolvimento da minha tese. Ficaria muito grato em contar com seu apoio.

A entrevista contém 2 blocos de perguntas. O primeiro tópico é sobre conceito de saúde e papel do profissional de educação física no campo da saúde (2 perguntas). O segundo tópico é sobre a base de conhecimento do curso. Para este último tópico, eu já analisei os programas de ensino das disciplinas supracitadas de acordo com o modelo teórico de Kirk et al. (1997). Contudo, a análise documental é insuficiente, sendo necessárias informações complementares pelo professor responsável. Neste sentido, irei solicitar alguns esclarecimentos sobre os procedimentos adotados no desenvolvimento das disciplinas, assim como sobre os métodos e critérios de avaliação.

A entrevista terá duração aproximada de 1h.

Contando com a colaboração do(a) Professor(a), gostaria de ver a possibilidade de agendarmos uma data e horário para a realização da entrevista via Skype, mas podemos realizá-la via telefone ou pessoalmente se o professor preferir.

Estou á disposição para maiores esclarecimentos. Caso o(a) Professor(a) tenha preferência por contato telefônico, por gentileza, apenas me envie um número de telefone e me informe qual momento apropriado para que eu entre com contato.

Agradeço imensamente o tempo desprendido em ler este e-mail.

Atenciosamente,

Luiz Henrique da Silva

Universidade Estadual de Santa Cruz - Ilhéus - BA.
Professor Assistente do Departamento de Ciências da Saúde
Doutorando em Ciências da Motricidade - UNESP - Rio Claro - SP.
Lattes <http://lattes.cnpq.br/6923851195895902>
Fone: (071 - 9178 2463)

APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista

Universidade Estadual Paulista – UNESP – Rio Claro

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Motricidade

A formação em educação física para atuação na área da saúde coletiva: da concepção de saúde à base de conhecimento

Roteiro da Entrevista

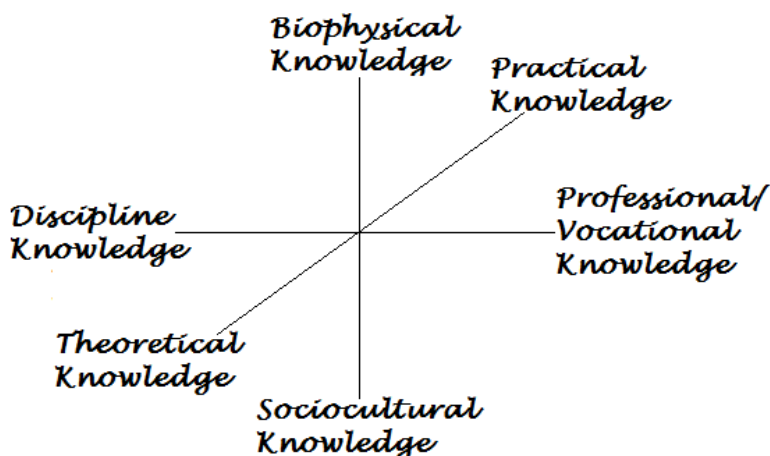
Bloco 1 – Conceito de saúde e papel do profissional de educação física no campo da saúde.

1. Qual é o seu conceito de saúde?
2. Na sua opinião, qual o papel do Profissional de Educação Física no campo da saúde?

Bloco 2 – Base de Conhecimento do Curso

A figura abaixo representa um modelo teórico desenvolvido por Kirk et al (1997)¹¹, que representa os tipos de conhecimentos que compõem a formação do professor/profissional de Educação Física. Este modelo teórico é representado por uma figura tridimensional constituída por 3 eixos contínuos que se interseccionam. O eixo vertical representa o relacionamento/proporção entre o conhecimento biofísico/biodinâmico e o conhecimento sociocultural. O eixo horizontal aborda esta mesma relação entre os conhecimentos disciplinar/acadêmico e profissional. O conhecimento disciplinar/acadêmico seria o conhecimento acadêmico/científico, embasado nas ciências básicas e suas subcategorias, as quais não têm necessariamente relação com a prática profissional. O componente curricular intitulado “Fundamentos Biológicos da Atividade Física I” seria um exemplo deste tipo de conhecimento. Por outro lado, o conhecimento profissional é aquele relacionado diretamente com a intervenção profissional, que promove conhecimento de como exercer a profissão. Neste caso, o estágio supervisionado é um exemplo de componente curricular que possui muito deste tipo de conhecimento. Por ultimo, o eixo anteroposterior aborda a relação entre o conhecimento teórico e prático. A presente pesquisa não fará análise da composição dos conhecimentos do eixo anteroposterior no processo de formação dos cursos de Educação Física com ênfase para atuação no campo da saúde.

¹¹ KIRK, D.; MACDONALD, D.; TINNING, R. (1997) The social construction of pedagogic discourse in physical education teacher education in Australia. *The Curriculum Journal*, 8(2), 271-298.



Kirk et al. (1997)

A sequência de perguntas abaixo será respondida para todas as disciplinas que o(a) Professor(a) é responsável.

- **Nome da Disciplina**

3. Quais são os objetivos e a dinâmica de trabalho da disciplina?
4. Como os alunos são avaliados nesta disciplina?
5. Levando em consideração a carga horária da disciplina, o Professor poderia indicar no quadro abaixo, em porcentagem (%), a proporção entre os diferentes tipos de conhecimentos nos eixos vertical (biofísico/sociocultural) e horizontal (acadêmico/profissional) do modelo teórico supracitado?

Eixo Horizontal		Eixo Vertical	
Acadêmico	Profissional	Biofísico/ Biodinâmico	Sociocultural

Bloco 3 – Estágio Supervisionado

6. Qual a dinâmica das disciplinas de estágio? Qual a diferença entre elas?
7. Quais são os tipos de locais em que o Estágio Supervisionado do curso tem sido realizado?
8. Teriam alguns locais de estágio que tem recebido alunos com maior frequência? Quais seriam estes locais?

APÊNDICE D – e-mail convite para participante vinculado ao estágio supervisionado

Prezado(a) Professor(a) Fulano(a), bom dia.

Meu nome é Luiz Henrique da Silva, sou professor do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Santa Cruz – Ilhéus – BA e doutorando no Programa de Ciências da Motricidade da UNESP – Rio Claro. Estou desenvolvendo a tese intitulada “**A formação em Educação Física para atuação na área da saúde coletiva: da concepção de saúde à base de conhecimento**”, sob a supervisão do Prof. Dr. Alexandre Janotta Drigo.

O objetivo da minha pesquisa é analisar o conceito de saúde adotado em cursos de Bacharel em Educação Física, com ênfase de formação para o campo da saúde, assim como a base de conhecimento destas graduações de acordo com o modelo teórico proposto por Kirk, Tinning e Macdonald (1997).

A graduação de XXXXXXXXXXXXXXXX da XXXXXXXXXXXXXXXX está entre os cursos que pretendo analisar em minha tese. Os dados da minha pesquisa serão oriundos de documentos e entrevistas.

Conforme informações disponíveis no site do curso, (o)a prezado(a) Professor(a) trabalha com disciplinas de Estágio Supervisionado. Além disso, o site do curso também informa que o(a) prezado(a) Professor(a) é responsável por ministrar os seguintes componentes curriculares:

- XXXXXXXXXXXXXXXX;
- XXXXXXXXXXXXXXXX;
- XXXXXXXXXXXXXXXX.

Em função destas suas atribuições junto ao curso, venho gentilmente convidá-lo a participar de minha pesquisa como informante por meio de uma entrevista. A participação do(a) prezado(a) Professor(a) será de extrema importância para o desenvolvimento da minha tese. Ficaria muito grato em contar com seu apoio.

A entrevista contém 3 blocos de perguntas. O primeiro será sobre o estágio supervisionado, momento que buscarei informações quanto à estrutura e dinâmica das disciplinas de Estágio Supervisionado, assim como um entendimento do constituição do campo de estágio.

O segundo bloco será sobre conceito de saúde e papel do profissional de educação física no campo da saúde (2 perguntas).

O terceiro e último bloco é sobre a base de conhecimento do curso. Para este último tópico, eu já analisei os programas de ensino das disciplinas supracitadas de acordo com o modelo teórico de Kirk et al. (1997). Contudo, a análise documental é insuficiente, sendo necessárias informações complementares pelo professor responsável. Neste sentido, irei solicitar alguns esclarecimentos sobre os procedimentos adotados no desenvolvimento das disciplinas, assim como sobre os métodos e critérios de avaliação.

A entrevista terá duração aproximada de 1h.

Contando com a colaboração do(a) Professor(a), gostaria de ver a possibilidade de agendarmos uma data e horário para a realização da entrevista via Skype, mas podemos realizá-la via telefone ou pessoalmente se o professor preferir.

Estou á disposição para maiores esclarecimentos. Caso o(a) Professor(a) tenha preferência por contato telefônico, por gentileza, apenas me envie um número de telefone e me informe qual momento apropriado para que eu entre com contato.

Agradeço imensamente o tempo desprendido em ler este e-mail.

Atenciosamente,

Luiz Henrique

Universidade Estadual de Santa Cruz - Ilhéus - BA.
Professor Assistente do Departamento de Ciências da Saúde
Doutorando em Ciências da Motricidade - UNESP - Rio Claro - SP.
Lattes <http://lattes.cnpq.br/6923851195895902>
Fone: (071 - 9178 2463)

APÊNDICE E – Transcrição das entrevistas

Docentes do Curso A

Código do participante: RP01

Data: Entrevista realizada em 22/04/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante RP01: Bom, o meu conceito... o conceito de saúde passa por alterações e atualizações a medida que a humanidade vai avançando, vai evoluindo. Um conceito forte que eu ainda carrego, é aquilo que a Organização Mundial da Saúde expressava na década de 80, quando dizia que saúde não era meramente ausência de doença, mas a condição, a capacidade que o indivíduo tem de realizar todas as suas tarefas, sejam elas para as suas atividades para o cotidiano, para o trabalho, para o seu bem-estar, para a sua vida de modo geral. Então o conceito de saúde... na verdade a gente tem até certas discussões aqui.. O Ministério da Saúde aqui no Brasil não deveria se chamar Ministério da Saúde, deveria se chamar Ministério da Doença, porque ele trata da doença. O Ministério da Saúde estaria muito mais vinculado com as políticas públicas de promoção, prevenção, está certo... que isto faz parte, é um pedaço do ministério da saúde, ele tem ações profiláticas, mas são muito menores que àquelas que efetivamente entram em combate às doenças já instaladas ou evitando epidemias ou pandemias e tudo mais. Eu acho que o Ministério do Esporte teria muito mais a ver com o Ministério da Saúde do que o próprio Ministério da Saúde. Porque o conceito é equivocado, as pessoas hoje fazem muitas coisas por causa da saúde e às vezes pensam que aquilo que eles fazem é suficiente. O conceito de saúde é muito amplo, o ser humano é afetado por muitas coisas diferentes e quando a gente fala de saúde, de bem-estar físico, nos estamos falando de um tipo de saúde. E o bem estar-psíquico, comportamental? A gente conversa com colegas aqui, psicólogos, e eles falam que o padrão normal não existe, todo mundo é neurótico ou psicótico, em maior ou menor grau. Então isso é uma realidade que todos nós temos as nossas fragilidades, tendências. Tendências genéticas até para algumas coisas. Agora, é claro que, então o conceito de saúde é muito amplo. Eu acho que dentro daquilo que eu já respondi dentro da pergunta anterior, nós de qualquer área, principalmente os profissionais de educação física, embora sejamos conhecedores do poder que o exercício tem, não podemos ser ingênuos a ponto de achar que ele vai resolver o problema da humanidade, não vai. Ele pode ajudar a construir algumas bases bastante interessantes, e isso ao longo de toda a vida do sujeito. Eu estudo crescimento e desenvolvimento, e eu falo que nós temos uma responsabilidade bastante

grande, principalmente com as crianças. Ah, o gordinho de hoje vai ser o gordinho de amanhã? Eu diria mais por um aspecto comportamental que do que por um aspecto biológico. Mais por um aspecto de interferência do meio ambiente do que por uma determinação genética. É claro que tudo isso tem sua influência, mas as doenças quando elas acontecem no ser humano, elas tendem a se manifestar 15, 20, 30 anos após o momento onde elas foram instaladas. E se a gente for ver isso, quando essas doenças começam a se manifestar lá pelos 35, 40 anos, o cara teve o processo de instalação dela lá na adolescência, infância e adolescência. Por isso que intervir na infância e na adolescência é extremamente essencial para que a gente tenha uma população saudável. Não adianta nada querer ensinar uma vida saudável, hábitos adequados para o adulto, se ele não aprendeu isso quando criança, se ele não teve essa conscientização ou essas práticas enquanto criança. Eu falo para os meus alunos, olha, vocês se forem gestores, do esporte principalmente, coloquem os melhores profissionais que vocês tiverem com a criança. Hoje a gente faz o contrário. Ah não, esse aqui qualquer um dá aula para ele, é criança mesmo, qualquer material está bom, qualquer aula está boa. Criança não vai reclamar, ela vai achar que, se você der um pirulito para ela, ela faz uma festa. Agora dá um chocolatezinho para a sua mulher, ela vai dizer, pô, você me dava um *Kopenhagen* quando namorava comigo, como é que agora regrediu. Ou seja, é muito mais fácil a gente influenciar as crianças. Por isso que o conceito de saúde ele também tem que ser ensinado. Ensinado como? Pelas práticas. Dando oportunidades de vida para que tenhamos uma população saudável. Né? Um adulto obeso de hoje é um menino que ficava na frente da televisão, num videogame, comendo lanche, um monte de porcaria, enquanto os pais estavam mais preocupados em ganhar dinheiro do que ficar vendo o que a criança estava fazendo em casa.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participantes RP01: No campo da saúde, como uma das nossas ênfases trata especificamente disso, nós procuramos oferecer ao nosso aluno uma formação ampla, no sentido de atuação, no aspecto principalmente de intervenção profilática. Que essa é a nossa função. Que as vezes na área da saúde, e a educação física por fazer parte da área 21 da Capes, que é a área das ciências da saúde, nesse sentido as gente se mistura um pouco a questão das competências profissionais. E a gente encontra alguns conflitos de atuação profissional, principalmente com médicos, fisioterapeutas, que acabam entrando em competências que são nossas e nós as vezes queremos nos meter nas competências que são deles. Como eu vim de uma escola originária, que é a Unesp de Presidente Prudente, onde o

nosso curso trabalhava lado a lado Educação Física e Fisioterapia. Isso para mim, em termos de formação, ficou muito claro... o fisioterapeuta atuando com quem já tem uma patologia instalada, e nós no processo profilático, preventivo, antes que essa patologia se instale. A partir do momento que você tem algum problema, algum diagnóstico neste sentido, você já tem que fazer encaminhamento e é isso que eu trato principalmente na disciplina de Medidas e Avaliação. Nós fazemos uma triagem, um diagnóstico de diversas situações, de diversos aspectos do corpo humano. E quando você tem até determinados limites, nós atuamos, extrapolou aqueles limites a gente tem que encaminhar para quem tem formação específica para isto. Seja nos desvios posturais, seja nas questões nutricionais, embora a gente tenha a disciplina de nutrição na educação física, nós não temos formação para elaboração de cardápios, enfim... De qualquer forma, as áreas de atuação, hoje, tem se interposta, eu acho que a interface disto seja interessante, agora, a interferência profissional é complicada. Quando por um lado a gente tem vários médicos, eu tenho vários amigos médicos, a gente as vezes dá até palestra para os médicos, eu falo para eles: "olha, quando vocês forem falar sobre exercício físico, não falem qual exercício físico mata, dá infarto, dá a morte súbita... digam que tem muito mais gente morrendo por não fazer exercício físico do que por fazer". Então, quer dizer... quer dizer... agora, não digam para o cara, vai fazer caminhada, vai fazer... não prescrevam o exercício, vocês não tem formação para isto. Né? Vocês me ofendem, assim como eu ofenderia vocês se eu começasse dar receita médica, dar receita de remédio, dizer qual remédio o cara tem que usar. Então as competências, as áreas de competência de atuação profissional são muito específicas. O que a gente precisa aprender é trabalhar dentro dos nossos limites, da nossa competência de formação e dentro dos papéis que a gente tem, sem deixar de fazer estas interfaces. E quanto mais você puder trabalhar de forma multidisciplinar, melhor, porque saúde é uma coisa que não é tão simples assim. Ah, porque que é que você oferece exercício? Ah, para a promoção da saúde da pessoa. Ah, tá. Mas o exercício não vai ter valor algum para o cara que está lá debaixo da ponte, passando fome. Para ele, o exercício não vai resolver nada. Então nós, como profissionais, temos que reconhecer a nossa limitação na nossa atuação. Nós não vamos resolver o problema da humanidade e nós não vamos resolver os problemas da pessoa no contexto da saúde só com o exercício físico. Ele tem um papel sim, preponderante. Eu tenho vários colegas médicos que dizem que o exercício não tem praticamente contraindicação. Ele é mais eficaz do que qualquer tipo de remédio para a maioria das doenças. Eles dizem isso. Às vezes, nós profissionais da área não temos essa consciência. Tem poder sim, mas não vamos resolver o problema da humanidade com ele. Nós temos que

conhecer bem os nossos limites, limites em termos de ferramentas que a gente utiliza, competências profissionais e áreas de atuação que a gente tem que se restringir.

Pesquisador: Nessa parte nós teremos 3 perguntas sobre estágio supervisionado e mercado de trabalho. A primeira pergunta é: quais são os tipos de locais em que o Estágio Supervisionado do curso tem sido realizado?

Participante RP01: Ênfase em saúde?

Pesquisador: Sim.

Participante RP01: Nós temos aqui clínicas que são conveniadas com a universidade. Aqui você não pode fazer estágio de forma livre. Embora a lei permita que o aluno possa fazer estágio em qualquer empresa que ofereça e tenha a supervisão de um profissional, nesta universidade, somente mediante a aprovação, inclusive do setor jurídico. Então, antes dos alunos começarem os estágios aqui, as empresas preenchem um cadastro, isso tramita por uns 3 meses, passa por diferentes instâncias dentro da unidade, lá em São Paulo, para então a empresa ser aprovada para o aluno poder fazer o estágio. Hoje a gente considera como saúde às academias, por exemplo. Hoje nós temos cerca de 75 a 80% dos nossos alunos fazendo estágio na academia. E aí nós temos diferentes perfis de academia. Mas empresas que tratam e lidam da saúde não são somente as academias. Nós temos aqui até institutos, clínicas, SPAS... é, clínicas médicas, o próprio HC, que tem equipes... nós estamos fechando convênio com eles porque existem profissionais lá que tem algumas atividades que atuam com os pacientes, com os doentes e os nossos alunos então participariam, auxiliando nessas atividades. Temos as UBS, as unidades básicas de saúde do município, também, desde que, não tínhamos isto até então, mas estamos no momento, inclusive contratando um profissional de educação física para atender as UBS, para que o nosso aluno tenha condição de ir lá e fazer o estágio sob a supervisão deste profissional. Então são áreas diversas voltadas especificamente à saúde. Não tem atualmente um profissional de educação física fazendo residência no hospital, mas assim que tivermos... é que somos uma escola nova, nós estamos em seis anos. Já faz algum tempo que o pessoal tem convidado inclusive a gente para oferecer. Então precisa de alguém de nós aqui a se prontificar a ser o orientador desse residente. Quando tiver esse profissional lá, por exemplo, daí os nossos alunos da graduação poderão fazer o estágio com eles, sob a supervisão dele. Enfim, são várias as possibilidades e as frentes que nós temos hoje de oferta para os nossos alunos. Mais duas áreas ainda que nós precisamos ampliar. Nós temos hoje mais de 50 empresas conveniadas. Mesmo assim, nós ainda precisamos ampliar a nossa oferta para a saúde, especificamente estágio na saúde e

especificamente no esporte. E quando eu digo saúde, eu estou falando em clínicas, corpo clínico, corpo multidisciplinar, com a participação de um profissional de educação física. Porque academias nós temos bastante. Mas especificamente o campo da saúde clínica, que é a saúde no hospital, que é lá junta com a equipe médica e tudo mais, estas a gente precisa ampliar. E o esporte também de alto rendimento que a oferta é geralmente bastante escassa. Mas isto pelo visto não é o enfoque da sua pesquisa.

Pesquisador: Você comentou que as academias são os locais que acabam recebendo mais alunos. Estou certo?

Entrevistado RP01: Sim.

Pesquisador: Ok. A coordenação do curso tem informações a respeito dos egressos, referente aos locais de intervenção que mais tem absorvido os formados do curso com ênfase em saúde?

Entrevistado RP01: Temos de forma informal. Porque como escola nova nós estamos implantando várias coisas. Para você ter uma ideia, nós somos uma unidade, a unidade mais nova da universidade, nós somos em apenas 19 docentes. Eu tendo colegas aqui que são presidentes de comissão de outras unidades, na unidade dele ele tem 11 cursos, para você ter uma ideia. E cada curso tem os seus departamentos, dois-três departamentos. Tem departamentos aqui que tem 70 docentes, um departamento. Para você ter uma ideia da escassez, da precariedade que é você tocar uma unidade com 19 docentes. Então a gente tem que dar conta e principalmente por ser uma escola nova, estamos ainda construindo muita coisa, criando, elaborando, institucionalizando. O próprio estágio a gente precisou fazer uma reforma recente disso. E um dos aspectos na frente da comissão de graduação, nós estamos inclusive, esta semana vai ter uma sessão ordinária, onde a gente vai instituir um grupo de trabalho, para trabalhar especificamente esta questão do acompanhamento do egresso. Isso de forma formal. Embora exista no site um questionário para o egresso entrar lá e preencher, isto não vinha acontecendo, imagino que não seja uma dificuldade exclusiva nossa. Então, nós estamos tentando elaborar estratégias novas para ver como a gente pode ser isso de forma mais eficaz. Estamos trabalhando neste sentido. Uma coisa boa que a gente já conseguiu é a manutenção do e-mail do aluno. É o meio de comunicação acadêmica. A gente tem direcionado o aluno a fazer redirecionamento deste e-mail para os e-mails pessoais. Com isso a gente deve ter a manutenção do contato com este aluno. Isto talvez vá facilitar o nosso contato. E eu falei para eles que o nosso maior trabalho vai ser a conscientização dos alunos hoje a continuarem com esse *feedback* posteriormente. A gente precisa disso. Mas o que a gente informalmente, e

isso até nos enche de orgulho, é que as melhores colocações no mercado têm sido conquistadas pelos nossos alunos. A gente vê até com certa preocupação o assédio que as empresas fazem para os nossos alunos durante os estágios. Tem empresas que a gente já soube informalmente, até da preferência dos nossos alunos em detrimento de seus profissionais. Teve empresas dispensando profissionais, enxugando um pouco o seu quadro de profissionais formados, para poder ampliar a oferta de alunos estagiários dentro dos limites legais, obviamente. Quer dizer, ele prefere manter, e por outro lado... então eles passam a remunerar... hoje, praticamente, 100% dos nossos alunos fazem estágio remunerado. Um ou outro só não conseguiu alguma coisa porque bobou, porque se quisesse estava com estágio remunerado. E uma luta que a gente tem tido aqui com os nossos alunos é não aposte suas fichas ali. Eu vou me formar e eu tenho que continuar ali. Não, você não vai ser contratado. Na hora que você terminar o seu curso amiguinho, ele vai chamar o teu colega do ano anterior que vai fazer o mesmo trabalho que o seu, mas por um preço muito menor. Então não iluda com isso. Então a gente tem até orientado os alunos nesse sentido. Não fiquem botando muita expectativa. Porque querendo ou não, eles dão conta do recado. Eu tive problema com um aluno outro dia aqui, que ele começou a discutir com o dono da academia, que o dono da academia estava passando informação errada para os alunos. Eu tive que chamar a atenção dele que o seu papel lá não é esse. Você lá é um aprendiz. Mas professor, ele estava errado. Você tem razão. Era uma discussão sobre fisiologia. O aluno estava certo naquilo que o aluno estava dizendo. Você está certo no que você está dizendo, mas você está errado na tua atuação. Porque você lá não está para isso. Você é um estagiário, acata porque é o dono e se ele disser que não quero mais você aqui, você vai sair de lá. Você vai ter que procurar outro lugar para fazer o seu estágio. Então, a gente tem este tipo de problema aqui. Mas é um problema que no fundo, no fundo, até nos envaidece. Tem depoimentos de grandes empresas, por exemplo, nós temos uma *bodytech* aqui e você sabe a força que é esta empresa, porque isso é uma empresa. Um dos coordenadores de lá foi nosso aluno lá em São Paulo. Ele tem um sistema forte, a formação dele é em esporte. Então, uma fundamentação muito grande, biomecânica por exemplo. Ele disse, olha, nós fizemos um processo seletivo, a empresa é nova, e os alunos de vocês é que conseguiram responder a avaliação do processo seletivo que a gente conseguiu. Inclusive a gente ainda nem tinha convênio ainda, estava tramitando, e ele me apertando... olha, quando vai... já não depende mais da gente, depende do jurídico de São Paulo. Não, porque eu tenho eu contratar logo esses meninos. Nós estamos precisando deles aqui e só eles passaram nas provas aqui. Então é um tipo de coisa que nos deixa feliz por um

lado e em termos de colocação de mercado, eu penso que nós não temos tipo nenhum tipo de dificuldade para inserir esses meninos aí. Pelo contrário, às vezes a gente tem até que segurar um pouco para eles não pensarem que eles já são profissionais ou sendo tratados como profissionais. Eu tenho outros que falam, olha, eu já considero fulana como profissional aqui, porque ele dá conta do recado, tal...mas eu falei, pois é, mas ela não está pronta e ainda falta alguma coisa, então vamos devagar com a coisa. O que a gente percebe é que a gente tem uma formação básica muito boa. Então, nos primeiros anos uma ênfase forte em anatomia, fisiologia, biomecânicas de um modo geral, bioquímica, biofísica, isso fundamenta bem a hora que eles vão atuar. Claro que a gente tem aperfeiçoamentos diversos, muitos ainda em termos da formação, da composição curricular. Estamos periodicamente revendo isso. Agora, o ano passado, aprovamos um currículo que com alguns ajustes, com a atualização do currículo, que passa a vigorar agora, a partir de 2015. Então a gente tem tomado certo cuidado sobre sobreposição de conteúdos, áreas de atuação, para um docente não entrar na área do outro, no conteúdo do outro, a gente tem conversado bastante sobre isto. Temos esta preocupação. E principalmente para dar condições para que os alunos consiga fazer estas interfaces, essas transferências. Mas eu penso que a gente tem conseguido com certa tranquilidade essa inserção no mercado e obviamente eles têm a sua atuação. A maioria deles, né como eu te disse, isso é informal, eu não sei nem te dizer em números, mas nas academias principalmente, ou outras frentes, a gente sabe tem aluno nosso, o aluno estava no 3º ano, mas como ele já tinha feito licenciatura prestou um concurso na prefeitura e passou. Então, o processo de prefeitura, eles já vão passando antes do tempo. Então eu penso que em termos de colocação de mercado nós estamos fazendo direitinho a lição de casa aqui.

Código do participante: RP02

Data: Entrevista realizada em 27/04/2015

Pesquisador: Qual o seu conceito de saúde?

Participante RP02: Eu gosto do conceito de saúde da organização mundial. Que é o bem-estar físico nas diferentes esferas. Bem-estar físico, mental, social e eles colocam até o espiritual. Aí tem gente que acha que isso é utópico demais que então ninguém tem saúde, mas eu prefiro pensar pelo outro lado mais otimista que é estar sempre buscando ou lutando para melhorar ou de repente a gente chegar muito próximo para o que seria o ideal. Então eu trabalho com um conceito de saúde bem amplo.

Pesquisador: Qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP02: Eu entendo que ele tem que trabalhar integrado com os outros profissionais. É... não tem como falar só de exercício físico, pensar na questão da saúde e olhar só... tendo... ter um corpo em movimento. A saúde é mais do que isso. Então o profissional de educação física tem que conhecer a área dele, conhecer até onde ele pode atuar, quais são as limitações do exercício físico, frente a esta questão da saúde e atuar em conjunto com os outros profissionais. Então na minha visão, o profissional hoje, ele além de ter o conhecimento da sua área, a educação física, então o conhecimento teórico e a prática, ele tem que conhecer também a área, as outras áreas que estão no entorno dele. Então a gente vê aqui, o pessoal trabalha muito com o pessoal na nutrição, por exemplo. Então a educação física e a nutrição. O pessoal da psicologia nestas questões dos transtornos alimentares e tal. Então a gente tem visto, pelo menos aqui, por ser um campus que historicamente tem essa área da saúde muito forte, a gente tem conseguido uma boa integração com o pessoal da faculdade de medicina, e aí tem o pessoal da nutrição, da terapia ocupacional, até da fisioterapia...

Pesquisador: Na graduação?

Participante RP02: É. Tem algumas disciplinas que o pessoal... é... tem alguns colegas nossos que estão em programas de pós-graduação lá na medicina e na enfermagem também, a gente tem trabalhado legal na enfermagem. E aí tem trocas interessantes no sentido de, por exemplo, eu tenho uma disciplina que eu chamo o pessoal da enfermagem para vir dar aula. O pessoal trabalha... tem um grupo forte de exercício físico e HIV. Então essa turma vem falar com o pessoal da educação física para não ficar muito só na teoria. Ah, a literatura diz isso, a literatura diz aquilo. Mas de repente quando você pega o paciente a história é outra.

Pesquisador: Então você têm professores de outros departamentos que vem auxiliar à ministrar disciplinas?

Entrevistado RP02: É. Isso. Eles dão aulas pontuais, tá. Na minha visão o profissional de educação física tem que ter uma habilidade múltipla aí. Ele tem que conhecer a área dele e conhecer o que está em volta. Porque trabalhar isolado não faz mais sentido. Pelo menos nessa área da saúde eu vejo que não tem sentido.

Pesquisador: Professora, você fez um comentário sobre a interdisciplinaridade e você falou de um conhecimento específico que a educação física tem... além do conhecimento interdisciplinar. Você poderia citar um pouco sobre este conhecimento específico que seria da educação física no campo da saúde?

Participante RP02: O conhecimento específico para mim é o aluno compreender e entender esse fenômeno das adaptações fisiológicas que o exercício traz. Então as disciplinas de base, tipo: fisiologia do exercício, bioquímica e principalmente do treinamento. Tem muito aluno que vem fazer a disciplina minha, que... ah... é saúde. Aí eu falo, olha, aqui, você não vai aprender nada de diferentes em termos de educação física do que vocês aprenderam com o professor Fulano na Teoria do Treinamento. Tudo que é da Teoria de Treinamento, princípios e etc, vão ser aplicados aqui. A grande diferença é que aqui você tem que saber, né, ou conhecer muito bem quem é aquele paciente, por exemplo se ele tem alguma doença e saber o que ele não pode fazer. Então eu brinco sempre com os meninos que a minha disciplina é assim: ele conhecem tudo da educação física básica, então teoria do treinamento, fisiologia e tá tá tá... Nessas disciplinas eles vão ter que, ele vão conhecer a melhor maneira de adaptar esse conhecimento básico da educação física para essa população especial. Eu brinco as vezes dizendo que na minha disciplina ela existe para mostrar para eles o que não se deve fazer. Porque se eu não fizer... não conhecer a doença e fizer alguma coisa sem adaptar corretamente, eu vou piorar o quadro de saúde do meu aluno, enfim, do paciente. Eu não gosto muito de falar paciente na educação física. Então eu falo sempre assim, é do seu aluno, do personal ou de quem você estiver trabalhando ali. Mas é isso, para mim, a base é a teoria do treinamento. Então tem muita aula minha que eu pego e digo, olha, isso aqui vocês viram na teoria do treinamento e eu sempre tento fazer esse link, tento deixar muito claro que o que eles estão fazendo na minha disciplina não é nada diferente em termos de base do treinamento que ele viram já. Na fisiologia, na teoria do treinamento. Toda aula assim, eu fico tentando deixar o mais claro possível que tudo que eles aprenderam lá não é jogar fora. É trazer e adaptar à condição que exige essa adaptação.

Código do participante: RP03

Data: Entrevista realizada em 11/05/2015

Pesquisador: Qual o seu conceito de saúde?

Participante RP03: Meu conceito de saúde não é só relacionado à questão corporal, assim no sentido de ter uma coisa... ah, sei lá... está com lesão tá doente, é só no corpo. Mas eu acredito que o conceito de saúde não é tão amplo quando da Organização Mundial. Mas é assim, por exemplo, eu trabalho com pessoas com deficiência, então para umas pessoas o fato da pessoa não ter um braço pode ser não saudável. Eu falo isso porque, apesar de não ser, eu

sei que muitas pessoas pensam assim. Então, só que aquela pessoa naquela condição dela, ela pode ser muito bem saudável. Porque ela se aceita como ela é, ela vive a vida dela em plenitude e ela consegue evoluir dentro das suas limitações. Para mim a saúde é um conceito bem amplo, apesar de que eu já disse de que não é como o da Organização Mundial, porque no caso dela talvez seja intangível. Mas é assim, a pessoa ela é saudável quando ela consegue se aceitar do jeito que ela é, previne a aquisição de doenças, utiliza hábitos saudáveis para viver a sua vida e coisas neste sentido. Não sei se eu consegui explicar porque é difícil definir isto né.

Pesquisador: Eu acho que eu consegui captar o que você pensa. Eu acho que você colocou um pouco da... não tão amplo quanto o completo bem-estar físico e espiritual e moral que colocaria a Organização Mundial da Saúde e você colocou um componente um pouco de subjetividade né, em que a partir do momento que o indivíduo se identifica enquanto capaz de realizar todas as suas necessidades diárias ou de prazer, consegue ter uma evolução enquanto indivíduo no percurso da sua vida, você considera ele saudável. Acho que seria mais ou menos isso.

Participante RP03: É, acho que você conseguiu resumir bem.

Pesquisador: Perfeito então. Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP03: Para mim é a prevenção, muito mais do que a reabilitação. Eu acho que o profissional de educação física tem que estar nestes locais não para pegar as pessoas que já chegam doentes, mas para promover a saúde antes delas adoecerem.

Pesquisador: Tá. Se a gente falar de um corpo de conhecimento da educação física, qual seria o corpo de conhecimento que você acha que seria necessário para o profissional poder trabalhar com a área da saúde?

Participante: Nossa, grande hein rs... Desde as disciplinas biológicas, fisiologia, bioquímica... até disciplinas mais pedagógicas, porque tem gente que vai lidar com pessoas, então você tem que saber como ensinar, a melhor forma de ensinar. E até mesmo as disciplinas mais atuais, como por exemplo, a gente tem aqui obesidade... e... que... doença... outra disciplina que não me recordo o nome que acho que é a Professora Fulana que ministra... doenças crônico degenerativas... são disciplinas mais atuais que não existiam na época que eu fiz graduação, por exemplo. Mas que vão dar suporte para que eles conheçam e consigam trabalhar com essa população na atualidade.

Código do participante: RP04

Data: Entrevista realizada em 14/05/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante RP04: Bom... é::... eu tenho uma perspectiva que é da abordagem né que eu diria que é muito rente à abordagem com/a qual eu trabalho que::... me conduz a uma concepção mais... digamos experiencial de saúde, na qual em seus desdobramentos conceituais que são críticos... em relação de novo àquilo que está estabelecido hegemonicamente mas aí não só em relação à educação física né/quer dizer... a gente pega o/o::... conceito da OMS né/saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças/a gente tem um problema muito séria aí né... porque::... além desse aspecto né... isso não é uma crítica minha é uma coisa né... muito utópico do ponto de vista do completo bem estar físico, mental e social né... porque a gente nunca vai encontrar isso na sua plenitude e se encontrar a gente vai poder questionar aspectos das dimensões sociais, mentais ou físicas né... baseados em/em parâmetros é:: das diferentes abordagens científicas que trabalham com estas dimensões né e: principalmente e: não/quer dizer essa ideia de não/não apenas a ausência de doenças... quer dizer tratar/pra ter saúde... você não precisa ter nenhuma doença né é::... significa você ser um anjo provavelmente né... quer dizer é::... você sempre/eu estou doente agora, ok? No entanto eu estou saudável também... então/aí a gente tem uma perspectiva mais de processo () né... que não significa então a gente relativizar totalmente e falar ó não é possível dizer o que é saúde... embora você não saiba dizer o que é né... é:: eu trabalho com uma perspectiva que é fenomenológica então por isso a dimensão experiencial da saúde... por onde eu me oriento para falar, para não te dizer simplesmente “olha, o meu conceito de saúde é isso”... tá... é:: eu posso dizer isso mas se eu não falar como é que eu chego nesse conceito... a coisa fica muito pobre... então/é:: mas eu te digo logo... então pra mim/é/não sou eu/quer dizer a:: concepção da qual eu me valho né que eu acho muito adequada pra/prá falar da perspectiva da experiência... a saúde é auto esquecimento... a:: saúde é/e isso é uma posição de filósofo que::... vem da escola fenomenológica e depois ele desenvolve uma perspectiva hermenêutica... um filósofo chamado (Hurry Glory Gardener) tá... é:: que tem um livro pra/pro português chamado/que chama para uma série de conferências entendeu/chamado o caráter oculto da saúde... é::... o (Gardener) aponta isso com ênfase na consciência né... o que significa estar saudável né? Primeiro a gente só se dá conta disso a partir do momento em que: algumas coisas vêm á tona é: algumas coisas aparecem para a gente é: de modo importuno de modo a incomodar né é: como no meu

caso agora gripado, estou com o nariz um pouco entupido e isto me incomoda e aí aquilo que nunca/que/na minha vida cotidiana com saúde plena digamos assim é:... não aparece eu respiro naturalmente as minhas vias áreas estão né... se entope se torna um objeto e aí eu preciso/eu volto para mim mesmo eu direciono a minha atenção á mim e exige alguns cuidados né... vou tossir, assuar o nariz enfim... estou dando um exemplo para ilustrar o aqui e o agora mas isso se refere a tudo aquilo que comparece na nossa experiência como/como adoecimento como... é:: chamada de atenção algo nos chama a atenção para nós... isso pode ser: é:: uma falta de () tremenda que né: põe em questão se é: se o meu próprio humor como objeto e aí a possibilidade de estar deprimido né é: mas também a dor... o mal estar... coisas que/a medida que eu não tenho é:... eu estou mostrando isso que o (Gardener) chama de... caráter oculto da saúde a saúde se oculta ela se esconde/porque ela se esconde? porque na verdade ela se mostra nesse contraste com esses... com coisas que se tornam objetos que se tornam ah:... chamam a atenção de uma que quando você estava saudável não chamava... portanto qual a diferença de quando você estava saudável? Uma diferença de não ter nada chamando a atenção... pra si mesmo né... e portanto me permite engajar no mundo num é/é:... me engajar nas minhas atividades né/se eu estou capaz né... de dar essa entrevista agora para você e falar de coisas que: me são caras que é fazer a minha atividade profissional que foram escolhas que eu fiz e com as quais eu né me satisfaço... e eu estou saudável apesar de eu estar doente, ok? Agora hoje eu não consigo ir fazer o meu treino de caratê por conta disse né... quer dizer/então é:... para isso eu não estou saudável para outras coisas sim tá/então é aí que comparece essa ideia de como eu vejo nessa dimensão experiencial né de processo saúde e doença... e aí que/que me parece... porque né me valido dessa concepção? porque é: a fenomenologia permite a gente a raiz... né aquilo que origina... antes mesmo da gente dar nome é:... desses conceitos/o conceito de saúde e de doença... então é mais ou menos isso que eu tentei e não sei se eu estou conseguindo me fazer claro mas mostrar descrevendo estas experiências... () antes de eu dar o nome para estas coisas é aqui que a coisa vai começar a tomar uma forma né é: e que vai modificar então a minha condição existencial de engajamento no mundo de:: esquecer de mim mesmo e fazer as minhas tarefas né ah:/:e: chamar a minha atenção de ordem biológica e que numa dimensão também/ aí a gente tem três esferas que/que foram muito nem tratadas por outro filósofo não o (Gardener) né... que::... que também teve o seu/o seu pé ali na:...na fenomenologia e que escreveu o normal e o patológico né é:.... e ele vai apontar para esta dimensão social num é que é a dimensão do saber poder digamos assim né que vai diagnosticar e portanto prescrever portanto dizer o que deve e o que não deve o que

pode e o que não pode numa determinada condição de saúde né e aí você tem os profissionais relacionados a isso/como o profissional de educação física também pode ser e daí aquela minha atenção porque se a educação física tem se desenvolvido e um curso como este né/como daqui que tem uma ênfase em saúde é:: atentando pra (cara) ((25'19")) ela pode se tornar na verdade uma grande polícia de comportamento né e disciplinador no sentido de dizer como as pessoas devem agir e que elas devem fazer né qual deve ser o seu regime de movimento né o.../etc né como ela deve se organizar no dia a dia para prevenir problemas de saúde o que pode ser uma política do estado em função né exclu/única e exclusivamente dos seus cálculos econômicos em relação aos altos custos que tem determinadas doenças etc e a gente previne em função disso é/é essa é uma perspectiva prescritiva digamos assim em que está de acordo com um/uma visão é:... que estabelece os parâmetros do que é/estabelece uma linha fixa dos parâmetros do que é/estabelece a maneira do que é saúde do que é doença... de maneira fixa também aquela/aquelas ações que vão ser preventivas da saúde né/e:: então massificar isso de uma maneira que perde de vista toda aquela dimensão da pessoa... é claro Luiz eu não estou dizendo com isso que todo/todo este conhecimento epidemiológico, conhecimento científico genético inclusive é:: não seja importante não seja útil/ao contrário...só que a questão é como isso se subordina é: a posição da autonomia das pessoas... ao empoderamento das pessoas quer dizer são instrumentos a mais/conhecimentos a mais que eu forneço/ que eu oriento para que as pessoas tomem as suas decisões né/é::... como eu sensibilizo as pessoas para isso né/eu acho que a maneira mais é:: insistente de se disciplinar as pessoas tem sido a base do::... de apresentar/olha como/né/de apresentar de uma maneira... um pouco... amedrontadora... olha você/então tem que fazer isso e etc... então isso para falar dessa dimensão social né eu tinha falado dessas três né existencial, social e biológica... essa dimensão social é aquela que categoriza né... nomeia e portanto prescreve aquilo que deve ser feito e não deve ser feito para cuidar da dimensão biológica... o problema da dimensão biológica né e isso também voltado para a filosofia e até para Platão né é que:/é que a vida... a vida de maneira ampla e: mesmo se a gente pensa estritamente de modo biológico né... ela não obedece a padrões físicos/fixos, desculpe, a padrões que a gente possa mensurar de uma maneira totalmente é: estabilizada e essas médias né padronizadas possam ser aplicadas de maneira equivalente á todas as pessoas né a todos os organismos vamos colocar assim para voltar a dimensão estritamente fisiológica... isso obedece a uma variação que é:: padronizar isso pode ser uma violência a esse/esse organismo né... assim como o fato de que a gente não sabe como é que é:: na esfera existencial a pessoa vai se relacionar com isso... quer dizer a

pessoa pode estar diferentes doenças e deficiências até... é::... mas como é que ela/vai ser isso? Então aí a gente volta para a dimensão existencial... como ela vai se posicionar em relação a isso... numa perspectiva negativa desse adoecimento dessas variações... sejam elas de deficiência ou de/doenças em geral né... é:: a experiência que se faz é de encolhimento no mundo/quer dizer... eu não estou hoje com a mesma disposição e eu diria pela minha experiência de sala de aula que eu tive hoje né... com a mesma acurácia de pensamento de raciocínio que eu estou quando eu não estou gripado, ok? Então é uma diferença de encolhimento/quer dizer então o mundo né... se eu estou com o pé machucado também né quer dizer eu não tenho a mesma velocidade a mesma ah:... a mesma disposição para fazer percursos que normalmente eu faço... então meu mundo físico meu horizonte ambiental também se encolhe... agora isso também pode ser visto de uma perspectiva positiva né/quer dizer... isso exige de mim/isso se eu estou chamando isso por um lado de encolhimento né... uma outra organização né... uma outra organização que vai me possibilitar ou recuperar/me recuperar melhor ou é:: me reorganizar definitivamente se a gente tá falando de uma doença que não vai ser curada que vai me acompanhar como uma doença crônica degenerativa eventualmente ou deficiência física e até mental... é outra organização que ela precisa então ser revalorizada e eu posso recuperar sim... ainda que com esse encolhimento... uma condição de saúde, ou seja, de me organizar de uma tal maneira que eu esqueça de mim e me engaje nas minhas atividades da maneira que é possível da maneira que eu invento ah::... pra qual eu preciso de preferência/dependendo da gravidade disso... de auxílio de ajuda né... de diferentes profissionais de saúde inclusive do profissional de educação física... né quer dizer alguém que vai me orientar a uma nova forma de fazer exercício adequada a uma condição de deficiência física por exemplo ou mental né... adequar aquilo mas que não negue o fato, que o conceito da OMS nega, porque fora do completo bem estar físico e na ausência né... e havendo doença você não tem saúde de acordo com aquele conceito...isso quer dizer é::... isso tá negado ali... mas é: essa concepção da experiência é:: tudo uma mentira né... é perfeitamente possível... então sintetizando tudo é por isso que eu entendo que: o que a saúde deve ser vista assim né... isto tem outras abrangências para não me restringir a isso é:: que de que alguma maneira já antecipa um pouco o/a próxima questão né... mas eu não vou explorar ela completamente que é: o fato de que se eu sou miserável seu eu numa condição de miséria preciso me preocupar a cada momento com a minha sobrevivência com o que eu vou comer no dia seguinte né... eu não paro nenhum momento de me ocupar com uma condição que é de fome e de suprir a fome... é diferente de você estar agora... é: são 6 e 20 da tarde e você começar a ficar com

fome e você sabe que vai jantar você vai para a sua cozinha... restaurante e você vai se alimentar... quer dizer... isso não é uma condição um problema de saúde... se você não sabe como você vai se arranjar isso torna a sua existência completamente voltada para a sua sobrevivência biológica digamos assim... nunca é () isso porque a maneira como eu vou me arranjar para eu me alimentar ela vai ser implicada socialmente... eu vou roubar... eu vou é::... pedir dinheiro na rua etc... ou seja... essa condição de miséria ela também impede de ter esta experiência de auto esquecimento... o tempo inteiro eu estou voltado exclusivamente o que não acontece na vida de sujeito de classe médio como eu sou e imagino que você seja... de poder se engajar nas atividades profissionais... de lazer... e::... de/de sociais de maneira geral... que:: são possíveis exatamente porque a gente pode se esquecer de que::... é::... a gente vai dormir... a gente não precisa arranjar um lugar para dormir ou para se alimentar a gente sabe que estão lá e que uma vez que a gente tem isso é::... relativamente estabilizado a gente pode se engajar nas outras atividades de maneira mais plena e portanto mais saudável... espero não ter esquecido nenhum aspecto importante dessa concepção que eu acho é::... mesmo que eu tenha esquecido é::... bem refletido e bem aplicado ela/ela se envolve com::... ele põe em questão todos os aspectos que... estão relacionados à saúde... isso me faz pensar também Luiz na/prática esportiva como:: uma prática... uma experiência de saúde né... quem está envolvido na prática esportiva se esquece de si... não que ela não tenha riscos à saúde etc mas eu diria que essa é a diferença de saúde por excelência na medida em que::... é:: envolve muito mais do que a atividade profissional né... uma despreocupação que as atividades profissionais normalmente tem... é:: um engajamento leve né... um engajamento que/que tende a ser... é::... despretenso né... a gente poderia falar de atividade física em geral desde que ela não seja feita especificamente para o cálculo de ah eu vou ter os benefícios na saúde fazendo... insisto não que ela não possa ser iniciada não que ela não possa ser mobilizada por causa disso mas se ela permanecer nisso eu não faço a experiência do auto esquecimento né... eu permaneço ali fazendo de um modo no limite de só fazer em função disso e organizar toda a vida em função disso... hipocondríaco mesmo que não seja olha eu estou doente mas eu previno todas as doenças né é então num limite extremo de enfatizar olha a atividade física deve ser feita para a saúde né... é:: no fundo... a minha ênfase não é na saúde ela é na doença... é para evitar a doença e isso já um tipo de adoecimento uma vez que eu já não esqueço mais... quer dizer... eu não/não esqueço de mim o tempo inteiro eu estou preocupado do que pode acontecer comigo etc... é nesse sentido que é::... eu iria falar metáfora mas quase hipocondríaco.

Pesquisador: Na sua opinião qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP04: Olha é::... ao meu ver o profissional de educação física tem um papel vital em tudo aquilo que:: interesses pessoais, comunitários e sociais e aí eu abrangeiria também né o estado e as políticas públicas... em tudo aquilo que se refere a qualificação do corpo em movimento para promover saúde... para prevenir né para as atividade de prevenção à problemas de saúde é::... com os devidos limites também com a reabilitação né... é::/ah:: aquilo que é apontado para a reabilitação... o centro dessa minha: posição em relação ao papel do profissional tá com destaque a noção de pessoa né/quer dizer o aspecto pessoal aqui tá no centro e isso significa algumas coisas, não significa negligenciar ou diminuir os demais que eu tinha mencionado, os comunitários e sociais e/é: tão pouca as:/as questões das políticas públicas do estado... é::... porque que o centro tá nessa dimensão pessoal né? Porque ao contrário do que/do que presume algumas concepções que eu julgo reducionistas em educação física... seja do ponto de vista epistemológico ou seja como uma decorrência é::... das ênfases que essas concepções trazem né talvez então de um modo pouco pensado né... e refletido, digamos assim... o profissional de educação física não atua com o corpo, ele não trabalha com o corpo... mas trabalha e atua com pessoas e suas relações próprias com o movimento corporal... tá/então: em relação a isso... eu/eu ministro também uma disciplina, que é filosofia da educação física e esporte né... e uma das primeiras coisas que eu insisto muito apesar de:/de:...do::... de tantos colegas aqui né é: insistirem em usar né a expressão educador físico né que isso é um contrassenso absoluto uma vez que o físico né que é a natureza você não educa você faz um trabalho de educação com pessoas é: na sua relação com o/o próprio corpo né/então é/é uma particularidade que pela qual eu reoriento um pouco a::/o destaque para aquilo que é tão enfatizado que é o objeto da educação física o corpo em movimento... é:: de fato se você tirar o corpo de movimento você perde a essência da educação física e nem tanto o corpo em movimento é uma coisa que tá relacionado é:: a uma pessoa né/então eu trabalho aqui... então isso implica numa relação pessoa a pessoa... uma relação abrangente que interage aí com seus valores né com contexto social e ambiental em que ela está inserida... com as suas condições psíquicas e físicas também naturalmente né... quando eu falo dessa reorientação de ênfase né é:: eu tô/num tô com isso perdendo de vista o aspecto físico... né... agora de um ponto de vista é: estritamente físico né como eu disse que o nome educação física sugere né... a gente/isso acaba subordinando o sujeito subordinando a pessoa a um movimento adequado para determinados efeitos positivos né/é::/do/do/do movimento/efeitos positivos de/de

saúde né... só que isso acaba de certa maneira é: e eu diria de uma maneira grave e:/e: muito mais: presente do que/do que se pode imaginar e: na minha experiência como professor porque os alunos mesmo imaginam mas fazem muito né... impedindo o sujeito da sua prática do seu próprio movimento né... e aí a gente tem uma posição profissional muito mais prescritiva... em certa medida impositiva né que de fato educativa né... então nessa perspectiva de tomar a pessoa como centro... é o contrário que acontece subordina-se o movimento corporal a essas condições e aos direcionamentos do próprio sujeito né... na sua relação com/com o profissional naturalmente... e:: reabilitando o papel do sujeito né... aquele que tinha sido demitido naquela outra ênfase passa agora a ser o:/o foco do trabalho né... com base nessa relação pessoa a pessoa que não é nem/ pode se dizer nem prescritiva e nem justificativa... mas ela seria compreensiva ela seria sim diretiva uma vez que é:: o profissional tem esse papel de/de mobilizar para a ação né de propor a/as ações é:: interativamente personalizadas... né... isso eu acho um aspecto muito importante quando a gente fala relação pessoa a pessoa... isso não quer dizer é:: necessariamente individualizada... tá... no sentido de que ao falar de pessoa a pessoa tô falando e individuo a individuo... tá/é: porque também a maneira como eu compreendo a/uma atenção comunitária digamos assim passa é:... pelo/por um posicionamento atento às pessoas que estão no contexto coletivo e envolvidos em condições que são semelhantes e estão participando juntos destas atividades propostas e portanto tem ali um posicionamento próprio daquilo que está sendo realizado dentro de um contexto é::... particular que:/que é () real que: as pessoas estão envolvidas. Então a meu ver toda política pública de saúde né o que passa também pela valorização dos espaços públicos né que possibilita o movimento... a gente está aqui falando desde os cuidados com as calçadas é:: alargamento das calçadas... a agente tá falando do litoral né... ah/a gente tá falando do tamanho dos calçadões a beira mar e etc por exemplo né, para ilustrar... mas também a criação de parques/adequação e cuidados dos parques a criação de ciclos vias por exemplo né estamos falando de mobilidade pública né... diz respeito a isso tudo que eu estou dizendo uma vez que implica na valorização da autonomia e do empoderamento das pessoas né... para se movimentarem e para a produção do autocuidado... então a gente tá falando também de uma perspectiva da educação física ah: política né em termos de cidadania mesmo né... os:/os valores e/e as próprias concepções de cidade de arquitetura né: de/de/que acabam orientando é: esses profissionais... isso não é de interesse... eu diria... de interesse até pode ser mas é uma coisa que está no horizonte de valores mais importante para aqueles profissionais que estão centrados numa atuação dentro de academias fechadas e que tem uma visão da educação física toda centrada

num mercado de educação física porque não é aquilo que é:/é vai: valorizar mais o mercado tá... e aí me parece importante também a inserção do/do profissional em:/na saúde pública né, dá um respeito... então nesse sentido é:: para tentar sintetizar... uma vez que eu entendo que a educação física visa qualificar, essa é uma posição do Mauro Betti né... me oriento muito pela concepção que ele traz de/de educação física né... visa qualificar cultura corporal de movimento com esses referenciais é:: filosóficos, pedagógicos, científicos... né... é:: mais uma vez a cultura corporal de movimento é uma coisa que não se restringi ao físico e se orienta para/para essa dimensão de quem é que tem essa cultura? de quem é que põe em movimento? quem é que faz com que esses valores se a planizem portanto se realizem? São as pessoas que estão envolvidas na prática. É bastante abrangente né, eu não estou aqui falando de um papel inserido em um contexto ou outro porque me parece que dessa maneira, independentemente de onde ele estiver inserido, inclusive no mercado privado né... então o profissional/ele tem uma outra/uma outra abordagem que é muito diferente daquilo que eu vejo como/como mais estabelecido... como mais hegemônico. Me fiz claro?

Pesquisador: Sim/sim foi/foi muito claro, muito interessante a sua fala. Ficou bem claro sim, ficou bem claro.

Código do participante: RP05

Data: Entrevista realizada em 14/05/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante RP05: Rapaz... o conceito de saúde ah::... eu vou te dizer assim ah:... não consigo delimitar o conceito de saúde/delimi/não é o conceito/mas a área... mas o conceito que eu tenho de saúde não é aquela ideia que a gente tinha antes né... aquela ideia antiga que a gente tinha de exemplo a gente ser... antiga e infelizmente é ainda recente ainda é atual... de:: tratar a doença tratar os mecanismos de doença mas saúde ela envolve muito mais do que mecanismos de doença seja essa doença física psicológica mental e::... eu acredito que o conceito de saúde ele envolva saúde física você estar bem com o seu corpo... alguns aí a própria a imagem corporal que está mais relacionado a uma saúde mental um bem-estar psicológico boas relações sociais então eu acho que saúde extrapola o campo da biologia extrapola muito o campo da biologia... biologia é apenas mais um dos campos ou das linhas pelas quais a saúde (intercede) em algum momento sabe.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP05: Bom... obviamente né... além de ter que buscar e utilizar de forma coerente o conteúdo os conceitos... que/que ele teve contato durante o período da graduação... para... de alguma forma... dependendo do tipo de público que ele atende né porque quando a gente fala de campo da saúde é vago né... eu nem sei se eu consigo hoje delimitar o campo da saúde... ah::... mas ah::... talvez se ele conseguir juntar todo o conhecimento que ele tem tudo que foi adquirido inclusive as experiências adquiridas em estágio... para promover em primeiro lugar/primeiro não em ordem de importância né só enumerando... não há dúvida que a saúde física né o corpo físico a questão fisiológica biológica tem um peso muito grande... a gente sabe também da importância das práticas da atividade física e do exercício físico para a saúde do indivíduo em questão mental e psicológica... ao mesmo tempo a gente também reconhece que esse indivíduo que é o cara da educação física que vai para essa área ele tem que promover além de tudo um bem-estar social um convívio social que seja importante e que passe confiança esse indivíduo para que ele tenha uma adesão mesmo ao programa né... a ideia do profissional e ideia do programa que ele está inserindo... acho que o papel é esse reunir os conhecimentos e/e: reunir as experiências que ele teve no estágio... fazer uma boa leitura do mercado que ele está inserido porque trabalhar em dois grupos da mesma idade com os mesmos anseios mas em dois locais diferentes pode ser completamente diferente... talvez fazer uma boa leitura disso... a medida que ele consegue articular essas informações eu acredito que que ele cumpra bem o papel dele no campo da saúde.

Código do participante: RP06

Data: Entrevista realizada em 19/05/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante RP06: O conceito de saúde?

Pesquisador: Isso.

Participante RP06: Então... esse é::... a gente discute bastante isso mas é:: aquela/aquela vertente que é só a ausência de doença isso daí eu acho que ninguém mais acredita mais... a questão de saúde mesmo é que a pessoa... que ela consiga... a gente entende... é que... em diferentes faixas etárias então esta questão de saúde ela é bem relativa de acordo com... o estágio da vida que a pessoa está... tanto é que até na formação nossa é

separado para... na infância adolescência criança e adulto... e para idoso... então a gente separa as disciplina que os programas são diferentes... as limitações fisiológicas biológicas são bem evidentes para umas e principalmente no período de formação que é bem diferente... então dentro deste conceito de saúde... a gente acredita que tem a parte da saúde que vai ser importante... sim também né que é a questão de ausência de doenças mais que a pessoa consiga desenvolver aquilo que ele tá proposta a fazer no dia a dia... questão de estudo trabalho serviço que ele consiga realizara tudo isso... ((o telefone tocou e o entrevistado atendeu, ocorreu um intervalo de 20 segundos))...

Pesquisador: Então você estava comentando sobre...

Participante RP06: Então a gente acredita assim... tem a questão de saúde que é voltada para a área médica... que é a pessoa não ter nenhum tipo de patologia e sintoma que ele desenvolver as funções diária dele e a gente acha a outra parte que é a nossa... também é contribuir não só para a pessoa conseguir desenvolver tudo isso porque isso já seria natural mas que ele consiga fazer as coisas que ele tem por objetivo no dia a dia como por exemplo fazer as coisas que são da parte lúdica jogos a parte social que ele consiga fazer tudo isso.

Pesquisador: Na sua opinião qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP06: Ele tá mais no papel de:... é:... o que a gente tem de concepção aqui... não é nem a questão só de prevenção... a gente entende saúde como:... não é só:... mas é também aquele completo é:... estado de bem estar social então a questão de educação saneamento básico isto aí entra na saúde sim e o profissional de educação física... ele vai entra na outra parte que a gente acredita que o profissional... que atue com as pessoas é a pessoa que pratique exercício que faz estas coisas voltado... para:... não é nem para questão da manutenção... mas para continuar apto pelo maior tempo possível fazendo atividade diária que ele é/ter essa noção de estar bem com... para executar as funções seja de serviço ou de lazer então é esse que é o papel que ele... que ele vai estar contribuindo para oferecer um serviço de qualidade para essas pessoas... é pensando no ponto que a:... que a sociedade no nível que chegou as pessoas não conseguem mais/muitos não conseguem mais fazer isto por conta própria... com autonomia própria.

Pesquisador: Como seria o desempenho da função profissional dele? Você teria alguma ideia? Como que ele trabalha? Como que ele chega a este objetivo?

Participante RP06: Basicamente... é:: prescrevendo... primeiro ele faz o diagnóstico prescreve ou elabora as formas de intervenção... nesse caso ele pode para por aí... ele também

teria um... esse parte que alguns profissionais trabalham que ele faz simplesmente o diagnóstico ou faz uma assessoria... prescreve e não acompanha monitora... aí também pode.. ele partir... além disso oferecer os serviço de monitoramento e avaliações e acompanhamento.

Código do participante: RP07

Data: Entrevista realizada em 20/05/2015

Pesquisador: Qual que é o seu conceito de saúde?

Participante RP07: ok... bom... embora a gente aprenda que saúde é a ausência de doenças né... minha concepção está relativo de bem estar físico e psicológico... extremamente instável... não me apoiei em nenhum outro autor mas fiz um copilado do que a gente tem estudado.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP07: Interessante porque agora é uma área bastante crescente né a gente tem/tem tentado fazer uma reflexão... mas eu penso que é:... na verdade eu:... eu penso que o objetivo dele é de fato tentar auxiliar né... não só auxiliar mas como prevenir também... então o exemplo que a gente tem é a atuação/na verdade alguns profissionais no postos de saúde... né então especialmente relacionado/que é o que tenho um pouco mais de conhecimento que é com relação à prevenção de: ah:... epidemia por exemplo e doenças relacionadas por exemplo ah:... agora me fugiu o nome mas doenças multifatoriais por exemplo diabetes tipo dois obesidade que uma acaba sendo muitas vezes consequência uma da outra né... ou melhor a diabetes tipo dois né como consequência de um quadro de obesidade... não sei se agora é crítica (mas) no roteiro tá mas eu acho que ainda... o conhecimento que a gente tem que é a proposta da formação e que é aplicado ainda dentro do que a gente conhece ainda tá muito aquém do que poderia ser né... importante destacar isso né.

Pesquisador: O que você acha que está aquém?

Participante RP07: Eu acho que ainda os postos de saúde ainda não fornecem uma estrutura necessária para um bom desenvolvimento de um trabalho né... conversando com algumas pessoas que nestes postos de saúde eles ainda tem uma estrutura por exemplo para conseguir... vou te dar um exemplo da área que eu trabalho fazer uma () ((interferência no sinal da comunicação que impossibilitou a escuta de algumas palavras)) teoricamente seria considerado ideal... por dificuldade por exemplo de marcadores de intensidade... quando se usa

a frequência cardíaca por exemplo para tentar fazer este tipo de monitoramento muitos estão sobre efeito de betabloqueadores o que () ((novamente ocorreu curto trecho com interferência na transmissão)) a relação entre a intensidade né e a... a intensidade que de fato ele faz p que ele percebe de esforço por exemplo mas de uma maneira geral uma falta de estrutura mesmo para este tipo de desenvolvimento... apesar de ser de fundamental importa/de eu/de eu entender também que é de fundamental importância acho que a gente ainda carece de uma estrutura mínima necessária para que o profissional consiga né... nesse caso o professor de educação física consiga é: atuar de uma maneira adequada.

Pesquisador: Você está me colocando então uma limitação na estrutura no local de trabalho?

Participante RP07: É.. isso.

Código do participante: RP08

Data: Entrevista realizada em 20/07/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante RP08: Então... tem o conceito da Organização Mundial da Saúde que seria um pleno bem-estar físico mental e também social... só que penso que o conceito de saúde tem relação não com o: ah: tem saúde ou não... não uma coisa binária mas sim um contínuo que a pessoa tem diferentes possibilidades tem diferentes níveis de saúde... então não necessariamente precisa ser pleno mas eu acho que saúde tem relação com os aspectos físicos aspectos psicológicos individuais e também com aspectos sociais essa conceito de saúde depende muito de cada individuo para o outro então o indivíduo pode achar que é saúde tratar alguma doença o outro pode não ter motivação e eu acho que esse é um aspecto importante para a gente trabalhar com os alunos porque muitas vezes a gente quer embutir no outro o nosso conceito de saúde e a gente acaba impedindo que essa pessoa alvo de nossas intervenções tenha a sua autonomia para decidir o que é saúde o que é qualidade de vida para ela.

Pesquisador: Na sua opinião, qual seria o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante RP08: Pra mim o papel do profissional no campo da educação física tem relação com várias vertentes então a primeira vertente que seria a promoção da saúde e: também... em um segundo momento se o indivíduo já é acometido por alguma doença trabalhar

nesse indivíduo também depois de já estar acometido por alguma doença para melhorar a sua a qualidade de vida desse indivíduo... além disso também isso pensado não só no contexto individual mas sim também no contexto coletivo e no contexto populacional então o papel do profissional eu penso que é melhorar a qualidade de vida melhorar a saúde das pessoas mas lógica que a gente sabe que tem vários outros profissionais que também estão encarregados de melhorar a saúde então dentro da definição de educação física então o indivíduo que trabalha com dança jogos lutas exercícios modalidades esportivas buscando melhorar a saúde gerar também e a saúde também relacionada com o lazer o indivíduo ter momentos de prazer então o profissional tem que ser capaz de o contexto coletivo e individual e de saúde pública de planejar programas de atividade física e executar e depois o que é bastante importante é conseguir avaliar estes programas para saber o que deu certo o que não deu certo e como aprimorar.

Docentes do Curso B

Código do participante: SP01

Data: Entrevista realizada em 29/05/2015

Pesquisador Qual o seu conceito de saúde?

Participante SP01: Olha meu conceito de saúde é algo muito mal definido assim eu acho que saúde é um dos conceitos que existem no meio acadêmico científico que podem ser definidos como um problema mal definidos né... a gente tem uma tendência de trabalhar com o conceito de saúde mais amplo do que o conceito que se utilizava a vinte trinta anos atrás que era algo apenas relacionado com a ausência de doenças né então a gente sofre influência por exemplo do:... daquele autor... Naomar né que trabalha como uma:/com um conceito de saúde mais abrangente que promove/além desta parte de ausência de doenças né também a pretensão e também é é o o bem estar biológico psicológico social econômico ou seja em vários tipos de esfera a gente acha que a saúde ela é:... na minha opinião né... um conceito mal definido... ela é usada de várias formas né... é usada várias é:... é difícil definir né... então por exemplo ela pode ter um significado de um processo pode ser uma medida pode ser uma política pode ser um setor de atuação pode ser um campo de trabalho pode ser um valor que as pessoas tem uma sensação né... ah eu estou com a sensação de saúde abalada por exemplo... pode ser um estado eu acho que definir saúde é muito difícil neste sentido né... se eu pudesse definir eu falaria que é:... que é:... saúde seria o/a bem-estar individual e coletivo do ponto de

vista biológico social e psicológico né... motor também no caso já que a gente tá na área da educação física... acho que é isso.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP01: O papel?

Pesquisador: Isso.

Participante SP01: Primeiro eu acho que ele tem que: promover a atividade física ah:: como meio de promoção da saúde né... e de forma secundária usar a atividade física como meio de entre aspas reabilitação né de pessoas que/que sofreram alguma tipo de trauma lesão doença né... como é a pergunta mesmo? Você falou em atividade física?

Pesquisador: Qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP01: ah... no campo da saúde... então é isso... isso que eu te disse.

Pesquisador: Certo.

Participante SP01: Acho que já concluí a resposta.

Pesquisador: ok.

Código do participante: SP02

Data: Entrevista realizada em 19/06/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante SP02: Saúde é uma condição ampliada integrada do ser humano na sua totalidade e que permite que o ser humano também potencialize todos os seus recursos então a saúde acho que acompanha um pouco o conceito de organização mundial da saúde em oposição ao modelo tradicional de ausência de doença né saúde é o conjunto de recursos de possibilidades de bem estar que promovem ao ser humano as condições para ele desenvolver e realizar o seu mais pleno potencial.

Pesquisador: Na sua opinião, qual é o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP02: Bom... é primeiro que a saúde só pode ser pensada de uma maneira integrada então a saúde não pode ser dissociada dos seus aspectos físicos emocionais e também do movimento... então há várias teorias da psicologia e mesmo a psicanálise que destaca a importância do corpo da corporeidade do movimento... para o psíquico... portanto me parece bem evidente a ligação e o profissional de educação física

particularmente na perspectiva em que ele é também vinculado as questões de saúde ele tem condições de ao mesmo tempo interagir com outros profissionais da saúde contribuindo com o seu saber específico com relação ao movimento atividade física e na formação dentro do campo da educação na formação seja no nível básico médio ou superior do nível de educação é::... considerar os aspectos da atividade física do conhecimento da apropriação corpórea dos sentidos e significados deste movimento dos seus movimentos frente a outras questões relacionadas à saúde... até porque a atividade física também interfere diretamente em processos de recuperação de saúde quando as pessoas estão por algum motivo debilitadas seja qual for o tipo de sofrimento que eles padeçam de origem orgânica ou psíquica.

Código do participante: SP03

Data: Entrevista realizada em 25/06/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante SP03: Então... o que eu trabalho nas disciplinas e também com os colegas que são desse bloco que a gente chama de saúde pública dentro do curso... nos trabalhamos com uma perspectiva com conceito amplo de saúde... a gente tem muita base nos fatores determinantes da saúde... que no Brasil são originários da lei 8080 de 1990 que coloca que a saúde tem como fatores determinantes transporte educação saneamento básico moradia meio ambiente lazer trabalho renda e mais recentemente a atividade física... e saúde ela é tratada como um contínuo... então a gente tem também o conceito de/que agente tem pólos positivos e negativos então um contínuo em aspectos físicos sociais mentais psicológicos e a gente tem que manter esse equilíbrio nos aspectos positivos por que assim não existe hoje... praticamente em nenhum lugar no mundo o perfeito ou completo bem estar físico mental e social... então hoje é praticamente impossível... mesmo lá no Tibet os monges eles não conseguem ter um perfeito completo bem estar físico mental e social... então a gente discute saúde nessa perspectiva que a gente tem pólos positivos e negativos dentro da questão física dentro da questão social da questão psicológica e que se a gente tiver melhor acesso a esses fatores determinantes da saúde a gente também vai ter a possibilidade de ter comportamentos mais positivos para a nossa saúde e com isso/isso vai resultar numa melhor qualidade de vida... que na minha opinião tem muito haver com a percepção individual o que é qualidade de vida é muito de percepção individual e se/se as pessoas tiverem mais acesso aos determinantes sociais da saúde... elas terão mais oportunidade de adotar comportamentos mais positivos e ter melhores

resultados na questão holística que envolve o físico mental e social e ter um maior equilíbrio nisso... então em geral a gente trabalha muito com este conceito amplo de saúde que envolve determinantes e envolve estes contínuos de polos positivos e negativos que as vezes as pessoas estão/estão: é: ruim mentalmente mais estão bem fisicamente tem que manter um equilíbrio para gente poder manter uma saúde mais que isso não depende só da própria pessoa então aquilo/aquele/aquela velha importante frase que está na nossa constituição que saúde é um direito de todos e um dever do estado... então a gente trabalha muito com isso quer dizer principalmente neste conceito de saúde pública é: o estado tem uma participação importante para prover a questão da saúde na população para que as pessoas tenham escolhas para que as pessoas tenham autonomia para fazerem as escolhas se querem praticar atividade física ou não se querem uma alimentação saudável ou não se querem usar drogas ou não se querem usar cigarro/tabagismo ou não então as pessoas tem que ter autonomia para terem suas próprias escolhas... obviamente que nós da educação física defendemos a atividade física como algo bom e saudável mas a gente tem que ter/estarmos cientes de que a atividade física é algo é uma variável do comportamento humano que é complexa e dentro deste conceito de saúde não depende só das pessoas mas depende também das condições que cercam estas pessoas então em geral a gente trabalha um conceito de saúde... também a questão da atividade física dentro deste conceito de saúde amplo dessa forma.

Pesquisador: Na sua opinião, qual é o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP03: Então... o/o papel do profissional de educação física ele tem um papel importante no campo da saúde principalmente no contexto amplo de saúde... se a gente analisar os fatores determinantes da saúde... é:: ele pode contribuir em vários desses fatores em uma perspectiva interdisciplinar intersetorial e também no campo específico dele que é um fator determinante da saúde que é atividade física também... então ele pode contribuir com os fatores determinantes da saúde para melhorar esses fatores na população atuando de forma interdisciplinar intersetorial ou até mesmo com algumas atuações mais específicas é:: para melhorar a saúde pública e principalmente nesse novo contexto... se nos discutirmos o sistema único de saúde... o profissional de educação física é um agente qualificador de outros profissionais dentro das equipes quando nós discutimos a promoção da atividade física... então essa questão do matriciamento da interdisciplinaridade dentro das equipes de saúde...o profissional de educação física ele é importante para qualificar outros profissionais dentro desta questão da promoção da atividade física...então... acho que pode acrescentar mais algumas

coisas no caso nesse novo contexto de atuação profissional nos núcleos de apoio de saúde da família e também com as políticas de promoção da saúde do ministério da saúde... isso é:.... o profissional de educação física tem um papel importante porque se a gente for analisar as categorias que são contratadas pelos núcleos de apoio de saúde da família... o profissional de educação física está entre as cinco categorias mais contratadas e isso provavelmente é uma/um: resultado de que este profissional é importante dentro das equipes interdisciplinares e para fazer/colocar em prática a promoção da saúde principalmente com foco na promoção da atividade física que hoje também é uma política do ministério da saúde... dentro dos programas de promoção da saúde também trabalhar a promoção da atividade física... então esse profissional ele é: na minha opinião essencial para dar encaminhamento para aspectos para a promoção da saúde e da promoção da atividade física no Brasil.

Código do participante: SP04

Data: Entrevista realizada em 26/06/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante SP04: Ah tá ((risos))... então... isso é:: posso falar o da OMS?

Pesquisador: Pode.

Participante SP04: Que é o bem estar biofísicosocail ((risos))... não ((risos))... mas não é ((risos))... então... para mim saúde tem que de fato considerar todas as dimensões do ser humano né... ainda infelizmente né o que a gente vê de prática no Brasil atualmente é uma política é um entendimento da doença e não da saúde então o que a gente tem de política de ação inclusive de ação na clínica né é uma ação voltada para a doença e não para a saúde então é quando um médico por exemplo não considera um contexto sociocultural da pessoa na entrevista dele no exame dele é um verdadeiro absurdo inclusive a doença dele pode estar relacionado a algum hábito dele que tem relação com a cultura e ele simplesmente faz um exame físico sem considerar outros fatores é:.... então eu acho que todas as dimensões e quando eu digo todas as que a gente sabe e as que a gente não sabe também ((risos)) mas se tiver que dividir biológica psicológica e não é só social é sociocultural política econômica sei lá... tudo junto né... é claro é muito difícil talvez por isso a gente precise de uma equipe multidisciplinar para conseguir entender melhor o ser humano para bolar uma estratégia para ele... tem uma tendência grande da medicina individualizada né principalmente nos estados unidos que tem uma relação mais com genética e etc... mas nos somos muito diferentes e se a

gente não conseguir investigar a saúde nessa perspectiva de sermos diferentes por exemplo uma pessoa responde bem a um tratamento do que tá lá aprovado pelo SBA e tem estudos mostrando que 80% responde mas a pessoa pode estar nos 20... e aí? Eu tenho que conseguir entender o que aconteceu com aquela pessoa que ela está nos 20... então eu acho que ainda temos um longo caminho a seguir aqui no Brasil para conseguirmos entender de fato o que é saúde... talvez nessa iniciativa que eu acho que foi a Unicamp né... de colocar a área de humanas um pouco mais na formação dos médicos porque o que acontece/os profissionais que tem essa formação mais humanística eles ficam rendidos ao médico né... então muitas vezes eles até sabem como abordar um paciente sob um outro olhar né mas eles acabam não aplicando porque o médico é o chefe porque o médico não faz assim e eles seguem as regras do protocolo que o médico estabeleceu né... então talvez mudar a formação dos médicos com esse olhar mais humanístico seja mais interessante para esse entendimento do que é saúde... mas para mim é esse conceito mais amplo que tem que se considerar... a casa que o indivíduo mora a cama que ele dorme o que ele come e tudo mais né ((risos))... tudo tem que ser considerado não só/e tem uma outra coisa que para mim nesse olhar de medicina individualizada é que é::... os valores de referência para cada um... então a gente que no mínimo trabalhar com intervalos talvez... então ah cento e vinte por oitenta é o normal para pressão arterial... não... pera aí... talvez o normal para aquele indivíduo seja cento e trinta por cento e dez... então essa noção de normalidade também eu acho que está mais do que na hora de ser discutida... porque cada indivíduo metaboliza o que ele recebe de uma forma né... e eu acho que isso tem super relação com a educação física né com dieta nutrição volume de atividade física e etc... só para você entender um pouco do que eu estou falando também a minha área de pesquisa/eu trabalho com neurociências... eu avalio o impacto da atividade física sobre o sistema nervoso central... então hoje já se sabe que a atividade física interfere em mecanismos de aprendizagem e memória e a gente não ouve falar isso no meio de aplicação né ... ah eu vou fazer um programa de exercício físico moderado para melhorar a atenção a memória etc ((risos)) ainda não está no rol dos objetivos da educação física né mas isso acontece isso tem que ser considerado... por outro lado se o exercício for muito intenso pode matar neurónios para falar mais grosseiramente... então essas coisas todas tem que ser consideradas eu acho...e um indivíduo só um profissional só não dá conta de fazer tudo né... por isso que eu defendo o trabalho em equipe... é uma habilidade difícil.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP04: Tá... qual é o papel?

Pesquisador: Isso.

Participante SP04: Papel no campo da saúde?

Pesquisador 30'36"': Isso... qual a função dele no campo da saúde?

Participante SP04: É::... bom... considerando a/a situação atual né... contemporâneo... eu acho essencial... porque se eu pensar nas doenças crônicas degenerativas nas doenças cardiovasculares etc tem aumentado enormemente metabólicas né... então eu acho essencial o papel da educação física principalmente com prevenção quando a gente pensa em prevenção ao longo da vida não necessariamente... então eu penso/eu acho que a educação física é essencial na prevenção primária e aí talvez para que isso aconteça tem que mudar completamente a educação física escolar... o entendimento do que é a educação física dentro da escola... a educação física tem que ser um processo de formação mesmo... assim como o indivíduo sabe fazer conta ele tem que saber se movimentar ele tem que trazer isso para a sua vida tem que levar isso para a sua vida né então eu acho que a educação física do jeito que ela está né e aí eu posso estar completamente errada mas ainda é uma coisa meio militarizada obrigatória isso faz com que as crianças não desenvolvam o interesse muitas vezes pelo movimento é claro tem os que gostam mas o que não gostam aí você obriga a criança e ela não vai e ponto final né... então eu acho que tem que ser nesse processo educativo mais sério tem que mudar muito visando a saúde no entendimento do indivíduo de que ele tem que ser ativo para ele próprio né... na prevenção secundária e terciária eu acho que... mais difícil porque principalmente eu acho que ainda a formação ela não/não forma para atuar nas áreas da saúde/eu vou dar uns exemplos de uma habilidade que nem nós aqui que temos um olhar uma vontade de olhar mais para saúde que fazemos e os outros cursos muito menos... então imagine você um profissional de educação física tendo que evoluir num prontuário de um ambulatório dos hospital... então eles não tem essa habilidade... eles não conseguem nem ler o que os outros profissionais escrevem... em códigos que são próprios da área da saúde né e não conseguem evoluir... então eu por exemplo nas minhas disciplinas as vezes eu faço umas provocações assim né por exemplo elabore um relatório para um médico cardiologista que solicitou o que você está fazendo no treinamento no paciente dele... e é uma habilidade também elaborar um relatório evoluir num prontuário que estas todas são ferramentas utilizadas na área da saúde participar de uma equipe/uma outra coisa que eu os provoco mas aí fica no campo da provocação para eles refletirem né... tem uns jargões que são utilizados que são próprios da educação física... eu dou aula de anatomia sistema locomotor e eles vem com essa

coisa toda músculos do jarrete ((risos))... aí eu falo para eles tem algumas coisas que se vocês disserem um médico ortopedista ou um fisioterapeuta não vai saber do que vocês estão falando ou vou achar que vocês não sabem qual termo correto... anatômico... então eu fico mas ainda está muito na provocação porque quando eles vão para o estágio como eles fazem estágio principalmente na academia clubes eles continuam usando a mesma terminologia... então eu acho super importante aí eu tenho vários exemplos como fisioterapeuta que eu precisava trabalhar com a educação física e não tinha por exemplo melhorar o condicionamento de cadeirante para trocar a cadeira... eu não sabia fazer um treinamento com esse objetivo... mas como não tinha o colega da educação física do meu lado acabava fazendo alguma coisa né... então eu acho é:... eu acho até crítica a situação que de fato a fisioterapia acabou abocanhando eu acho algumas áreas que são da educação física aí por exemplo ginásticas laboral... quem começou a ginástica laboral foi a fisioterapia... ginástica laboral para mim que os meus amigos fisioterapeutas não escutem né ((risos)) mas para mim é da educação física... então eu acho essencial agora eu honestamente não sei se é por conta dos meus colegas maioria da educação física né eu não sei que caminho eu não sei se via aluno se inserindo no nicho de trabalho se tem que ter uma intervenção com os conselhos... botar esse pessoal para sentar e discutir um pouco... eu não sei como teria que ser mas agora tem esse evento né sei lá pode ser um início de conversa tem sua tese né ((risos)) um início de conversa para rever esses currículos e pensar em estratégias para melhorar a inserção do profissional de educação física no campo da saúde.... eu conheço/posso só contar uma coisa?

Pesquisador: Pode.

Participante SP04: Tem uma iniciativa de um plano de saúde se eu não me engano é da Amil... eles contrataram um profissional de educação física... inclusive para diminuir/porque é interessante para eles né eles montam um programa de atividade física para reduzir a incidência de doenças crônicas ou para melhorar uma situação ou evitar que haja complicações etc então é interessante para eles... eles gastam menos e aí eu conheci/isso já faz alguns anos mas eles contrataram um profissional de educação física que teve um baita desafio por conta das coisas que eu estou te contando... entendeu... principalmente por não conhecer muito as patologias que ele tinha que lidar.. então ele teve e aí ele conseguiu ficou o montou um baita programa inclusive com caminhadas em parques e etc tudo com acompanhamento do convênio... então ele é pago eu acho que existe ainda pelo convênio... e é uma coisa eu não sei quanto isso evoluiu mas eles tinham esse serviço implantado.. isso foi em Santa Catarina... outro exemplo que eu sei que é com a Porto Seguro outro convênio também eles fizeram uma

reforma no prédio e no último andar era um espaço de atividade física então tem quadra tem academia tem tudo... e até um tempo atrás agora eu não sei como que está ele não achavam um profissional para trabalhar aí quem estava usando o espaço era a fisioterapia.

Pesquisador: Quando a professora menciona que eles não encontram profissionais é que eles acabam não encontrando profissionais com as qualidades adequadas para o serviço?

Participante SP04: Exatamente... que tenham/eles devem ter lá o processo de seleção... que tenham que consigam ser aprovados no processo né... eles tentaram eu lembro que eu até cheguei a mandar alunos para enviar currículos etc mas eles não contrataram.

Pesquisador: Entendo... gostaria de acrescentar mais alguma coisa em relação ao papel?

Participante SP04: Não.. só para fechar isso eu acho que/que talvez já tenha um entendimento/talvez não eu tenho certeza/já tenha o entendimento destes gestores em saúde né seja tanto público quanto privado porque o público quando a equipe profissional de saúde de uma unidade básica de saúde considera a educação física está reconhecendo a importância desse profissional e o privado também está reconhecendo mas de alguma forma os cursos o conselho não está conseguindo fazer formar profissionais para atender a esta demanda... talvez os próprios cursos não estejam se reconhecendo como da saúde né... porque quando essas habilidades que são super básicas que eu te falei... de entender o que o outro fale/eu me lembro que durante a graduação eu aprendi a trabalhar em equipe multiprofissional no corredor do hospital... o supervisor botava todo mundo numa roda e perguntava para o médico “o que o fonoaudiólogo faz?”... perguntava para o fisioterapeuta “o que o assistente social faz?”... e a gente ficava ali num debate no corredor... e os estágios não estão habilitando os nossos alunos para esse tipo de ação.

Pesquisador: Para este tipo de ambiente e linguagem?

Participante SP04: É... exatamente ainda está muito isolado né... e não tem como pensar em trabalho de saúde hoje que é multidisciplinar sem a pessoa estar lá vivenciando a atuação de cada um... eu falo para eles que a fisioterapia e a terapia ocupacional se acertaram e a gente consegue trabalhar juntos porque uma coisa que eles falam da fisioterapia e educação física que é muito próxima SIM... claro porque nós trabalhamos com as mesmas ferramentas muitas vezes mas com objetivos diferentes e aí tem que ter esse acerto né... sei lá onde tem que começar talvez pela sua dissertação esses eventos etc ((risos))

Código do participante: SP05

Data: Entrevista realizada em 30/06/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante SP05: Eu/a gente tem procurado trabalhar basicamente que saúde não é um estado não é algo assim enfim algo alcançado mas é o dia a dia quer dizer é como o indivíduo se sente e trabalha com as suas questões de trabalho moradia bem-estar felicidade no dia a dia que ele deve ser saudável todo dia ainda que ele esteja acometido por algum problema de saúde momentaneamente.. eu não acho eu não tenho trabalhado muito... as vezes esta questão de se colocar a saúde no pólo positivo e negativo mais como um direito e um estado atual e que o indivíduo nas questões de saúde... ele deve ter... possibilidades de identificar aquelas questões que lhe afligem ou que atrapalhe o seu estado de saúde e que ele deve de alguma maneira individualmente ou coletivamente buscar soluções para isso... eu diria que assim é uma visão mais do entendimento da necessidade de empoderamento individual e coletivo para as questões do dia a dia mesmo e passam pelo setor da saúde mais passam também por outros setores como educação esporte cidadania quer dizer um conceito eu acho mais genérico.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP05: Olha:... é:... o entendimento meu é que o profissional de educação física deva ter um conhecimento mínimo no nosso caso a nossa opção lá seguindo um pouco mais no campo da saúde especialmente na saúde pública então uma coisa que a gente acredita que tenha o nosso curso tenha contribuído com essa formação é que os alunos compreendem um pouco mais as questões relativas à saúde a uma concepção mais vamos dizer assim mais atual de saúde... se eu entrar naqueles/no mérito de descrever a saúde como simplesmente a mera ausência de saúde com a presença da doença é:... e a gente procura formar este primeiro entendimento de que como funciona o sistema de saúde e há/intervir neste campo que ele tenha o conhecimento das diretrizes colocadas aí pelas políticas públicas do nosso país... agora sabendo que são poucos os profissionais que vão atuar nesse setor ainda que seja uma área de expansão é pouco atrativo para os alunos então de alguma maneira a gente acaba também trabalhando nas disciplinas pelo menos que eu sou responsável né nessa especial em políticas públicas né é que ele tenha uma noção de que há uma diferença importante quando se trabalha com pequenos grupos individualmente quando você vai trabalhar com uma coletividade... então geralmente a gente reforça a importância de ele ter uma

visão de atuação que não seja a prescrição individualizada ou que seja um trabalho especificamente por exemplo em uma academia que ele vá atuar com um pequeno grupo de 15 20 30 alunos mas a responsabilidade que ele tem quando ele vai atuar em um cenário que tem uma população... um grande grupo vamos dizer assim... então ainda que a/os conteúdos estejam mais ligados nas disciplinas do nosso curso na saúde pública a gente procura trazer também a importância se ele for atuar num cenário por exemplo de uma empresa ou ainda que ele trabalhe num projeto dentro de uma escola não seja obviamente a educação física escolar é que ele tem que ter a noção de intervenções mais coletivas e aí para isso a gente basicamente adota no meu caso pelo menos nas disciplinas que eu trabalho com os princípios da promoção da saúde e muito também que a própria sistematização do sistema de saúde traz que é identificar o território considerar a participação popular você trabalhar com o empoderamento desta comunidade enfim mas estas questões que habitualmente nas outras disciplinas do nosso curso e eu também estou a quatro anos na universidade né mas eu já era professor de instituições particulares desde 89 a gente sabe que estas temáticas são geralmente pouco presentes na formação do profissional de educação física.

Pesquisador: Sobre o estágio... a estrutura do estágio em si eu li os documentos e o projeto político pedagógico.

Participante SP05: Os documentos você acessou pela página de estágio do curso?

Pesquisador: Isso... e aí tem essa dinâmica das disciplinas estágio 1 2 3 e 4 e aí que queria saber como é que funcionam as disciplinas dentro do estágio.

Participante SP05: Então as disciplinas a gente tem trabalhado basicamente com conteúdo/por exemplo estas questões das competências e habilidades é uma que a gente trabalha a gente traz também a temática de formação trabalho e carreira porque tem um pouco disso os alunos é:... não pensam muito na carreira pensam mais no trabalho e a gente tem discutido isso no planejamento da carreira enfim esse é um conteúdo que a Fulana trabalha mais... a gente tem sempre nestas disciplinas que é uma parte burocrática também... como eu te disse desde que a Fulana entrou lá teve uma série de mudanças... a Fulana tem um ano a mais do que eu então quando ela entrou ela reformulou bastante o estágio... depois de um ano e pouquinho eu entrei a gente continuou fazendo modificações e a gente tem procurado acertar e até/acertar assim né melhorar/o que acaba acontecendo por exemplo esta questão o aluno/a gente tem quatro áreas de estágio... aí o aluno entra na academia então ele fala que agora ele está trabalhando com área de saúde... depois ele fala que está trabalhando com dentro da academia com o pessoal que faz boxe e depois ele está trabalhando/quer dizer ele quer fazer

as quatro áreas no mesmo espaço... então isso a gente tem procurado cercear e criar... na verdade criar regras que coíbam este tipo de atividade... mas aí tem outra questão que a gente faz essas disciplinas são também agora dadas de maneira intersemestral elas são dadas nas férias por exemplo na semana que vem nos dias 6 7 8 a gente executa as disciplinas de estágio 2 e estágio 4 e a gente traz convidados então esse semestre aqui a gente está trazendo pessoas que/a gente sempre convida ex-alunos que/para falar um pouco como que está a carreira e também a gente elege alguma temática por exemplo este semestre a gente está trazendo pessoas que trabalham no terceiro setor... então uma pergunta que a gente sempre costuma fazer é quais são as habilidades e competências para uma pessoa que vá trabalhar com projeto social ou projetos de qualquer outro campo no terceiro setor deveria ter... e a gente convida algumas pessoas/geralmente aquela que a gente tem alguma proximidade conhece o trabalho e acha uma boa experiência e aí para estes convidados os alunos acabam/a gente entrega as turmas porque no primeiro semestre tem as turmas 1 e 3 e no segundo semestre tem as disciplinas 2 e 4 então quando tem estes convidados a gente une as turmas e tem esta apresentação.

Pesquisador: Os programas de ensino das disciplinas de estágio eles trazem uma carga horária total e determinam uma carga horária específica de estágio que eu entendo que é o estágio propriamente dito.

Participante SP05: Isso mesmo... inclusive isso mudou... se você fizer a busca eu não sei como você teve acesso depois se você quiser você me cobra a gente mudou a proporção dessas horas viu... aí eu não sei se também lhe interessa isso mas a gente tinha até o ano passado a gente tinha a figura do supervisor de estágio e um tutor de estágio... todos os docentes eram tutor de estágio... a obrigação desse tutor era receber o aluno em pelo menos três momentos e acompanhar um pouco esta questão o plano que ele está fazendo porque ele vai fazer se vale a pena se as coisas tem sentido para aquilo que ele tá desejando fazer pós formação... só que no fim esse tutor virou um cara... um carimbador maluco... entendeu?... ele só assinava documento e não fazia a tutoria mesmo... depois de muita discussão esta tutoria caiu por terra porque a gente também pressionava o seguinte fazer negócio para inglês ver não tem sentido e aí acabou aumentando a carga horária da disciplina para que os supervisores de estágio façam essa tutoria vamos dizer assim.

Pesquisador: Fica entre vocês três então?

Participante SP05: Exatamente... aí a disciplina ocorre no período das férias... a gente chama de intersemestral e ao longo do semestre a gente faz reunião com pequenos grupos de alunos para ver como que o estágio está caminhando.

Pesquisador: Qual é essa diferença dos conteúdos que vocês trabalham com os alunos e as características deles entre as disciplinas 1 a 4?

Participante SP05: Olha na disciplina 1 basicamente a gente faz toda uma apresentação do que é o estágio qual a importância a parte documental o que é um plano o que deve ter no plano como é que deve ser o relatório a disciplina 1 basicamente se faz a apresentação do que é o estágio a sua importância e como deve ser conduzido ao longo dos dois anos né... a gente está naquela regra básica que só se pode fazer o estágio a partir da metade do curso para frente... então a disciplina 1 é muito mais introdutória no sentido da parte burocrática e da importância do estágio... aquela coisa estágio é um saco porque que eu tenho que fazer aquela porcaria... eles tem desejo de fazer estágio mas da forma que eles quiserem... aí a gente começa a colocar um montão de regras e ele começam a ficar chateados digamos assim... então a gente tem que fazer todo um trabalho de convencimento de que o estágio não é somente burocracia mas que é um momento importante da formação deles enfim... acho que isso em qualquer tipo de instituição a gente se depara com isto infelizmente.

Pesquisador: Aí na dois?

Participantes SP05: Aí na 2 e na 3 a gente acaba falando/dando mais ênfase nesta questão de formação e carreira...na quatro o que é que tem de diferente é que os alunos fazem um memorial... foi a Fulana que implementou isso... eu acho uma coisa bem interessante que eles precisam implementar um memorial do estágio... e aí apresentando muito mais assim as questões do envolvimento do aprendizado lições para a vida enfim... mais do que um relatório de estágio.

Pesquisador: Você teria um:... uma visão de quais são os tipos de locais que o estágio supervisionado acaba abrangendo?

Participante SP05: Olha... assim... é:... eu acho que/a gente até fez isso um tempo atrás uma análise percentual... mas assim/os alunos passam bastante pela academia.... pouco pelas UBSs... fazer este contraponto com a área que a gente está conversando... agora a gente tem um:... local que de alguma maneira tem atraído que é assim tem o/aí tem a parte da estrutura da universidade que tem por exemplo o hospital psiquiátrico... o instituto paulista:... é:... instituo de psiquiatria na verdade... então este é um local que os alunos gostam muito geralmente de fazer estágio.

Pesquisador: Tem alguma predominância de algum desses locais?

Participante SP05: Eu acho que a predominância é a academia... como a gente dividi em quatro áreas... o que a gente tem procurado fazer também... é por exemplo se eles realizam o estágio do SESC... esse é um estágio que a gente permite que eles façam... é:/ah:.... quatro áreas dentro do SESC.

Pesquisador: Ah... esporte, saúde, lazer e???

Participante SP05: Adaptada... porque a gente considera que o SESC tem um programa bacana para os estagiários porque eles rodam todas as atividades com todos os ciclos de vida então o aluno de alguma maneira acaba passando efetivamente por todos as áreas... então isso na nossa concepção acaba autorizando que ele fique se ele quiser obviamente todo o estágio trabalhando dentro deste único espaço.

Pesquisador: Os ciclos de vida não estão previamente pré-determinados no estágio?

Participante SP05: Não.

Pesquisador: Ele pode fazer só com adultos?

Participante SP05: Pode fazer só com adultos.

Pesquisador: Tá... ele só tem que preencher as quatro áreas com a carga horária.

Participante SP05: É... exato... isso é até uma reflexão que caberia talvez a gente discutir mas hoje em dia ele pode fazer essa atividade só com adultos... ele pode passar o tempo todo sem contato com criança por exemplo.

Código do participante: SP06

Data: Entrevista realizada em 31/07/2015

Pesquisador: Qual o seu conceito de saúde?

Participante SP06: Meu assim... construído agora neste momento? ((risos))

Pesquisador: É o conceito que é construído no seu ser em função do seu histórico enquanto pessoa, acadêmica... enfim o conceito que você carrega consigo.

Participante SP06: Olha Luiz... quando eu me deparei com o ideário de promoção da saúde... foi bem no período do meu doutoramento né... eu costumo dizer/eu trabalho com a disciplina de metodologia da pesquisa tanto no curso da gente lá na pós quanto nas artes cênicas... eu trabalho muito com investigação qualitativa e tal... e eu costumo muito dizer quando eu vou dar esta aula que este período do doutorado para mim foi um período de internalização foi muito forte até pelo tipo de pesquisa pelo qual eu trabalhei... eu resgatei muito

coisa que tinha acontecido na minha formação inicial... no ensino médio e me aproximei com as questões da discussões da saúde coletiva e da promoção da saúde que me fizeram entender um conjunto de coisas em mim mesma... então quando você fala este conceito que eu vou construindo também né internamente eu acho que eu consigo te dizer que eu faço este resgate pessoal mesmo para dizer com qual conceito que eu me identifico... eu acho que tem esses conceitos que são clássicos tanto na promoção quanto no conceito que: ta/ta descrito na própria constituição federal que eu acho que eles não são só para mim conceitos é::... descritivos mas eles são internalizados mesmos eles tem muito significado para mim/o primeiro é aquele clássico na promoção que a saúde é um recurso de vida... não um objetivo de vida... esse primeiro de que a saúde é um recurso ele para mim é um conceito particular também sabe... ele é um conceito que está declarado nos documentos mas ele é um conceito que me toca profundamente assim... e o outro é que a saúde é um direito inalienável de todo ser humano...o ser humano tem direito a saúde... acho que são dois conceitos que se articulam para mim de uma maneira muito próxima... eu acho que esses dois conceitos estabelecem uma relação próxima de si e são conceito que me tocam como ser humano e é na verdade eu acho que nas minhas estratégias disciplinas elas vão na direção de levar as pessoas e os alunos neste caso refletirem sobre estas duas construções que precisam ser construções pessoais... eu acho que até lá na fala da ABENEFS eu terminei falando um pouco isso que eu acho que o que eu gostaria ao final o nosso aluno tivesse a/a internalizado estes conceitos para transformá-los em valores para pensar na saúde como um valor... não na saúde como um estado e aí eu acho que... esse eu acho um trabalho hercúleo dentro da universidade mas que ele precisa ser feito... não só na nossa área mas na saúde de uma maneira geral... então para mim estes dois conceitos são conceito teóricos que estão nos documentos mas te falo que são conceitos que para mim são construções pessoais mesmos eles são elaborados para mim pessoalmente.

Pesquisador: Eu particularmente eu gostei muito da questão de ser classificado com recurso e não objetivo... isso traz uma autonomia muito grande ao indivíduo e quando a professora coloca que é um direito... que saúde é um direito... mas é um direito a que?

Participante SP06: Direito a que?

Pesquisador: É... eu tenho direito a saúde, então isso me dá direito a que?

Participante SP06: Acesso às condições que me levam a/as condições de vida eu acho né... que me trariam recursos para viver bem... acho que é basicamente isso... para cuidar das enfermidades para ter mais condições para ter bem estar para ter condições de ter mais disposição cuidar de mim cuidar daqueles que me são caros... de me desenvolver como pessoa

né... eu acho que é isso né/acho que é aquela idealização né utópica mesmo né... mas que vai até nos aproximando de idealizações políticas né... acho que não fica desassociado dessa reflexão também né.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP06: Boa essa pergunta né... dá uma tese só esta pergunta ((risos))... acho que a gente tem papéis... me coloco como profissional desse campo e acho que a gente tem papéis... uns que estão claros e outros que estão precisando ser delineados sabe outros papeis que precisam ser delineados... eu vou te dizer daquilo que eu acho que está estruturado que é daquela ideia natural da prescrição indicação é::... prescrição indicação estimulação da prática da atividade física na população... acho que esta é uma questão... a outra questão que eu acho que é importante que é da articulação de redes que é uma coisa pela qual a gente tem procurado trabalhar né articulação de redes de/de... de atividade física saúde qualidade de vida e bem estar... eu acho que essa articulação ela é uma competência que precisa ser desenvolvida na formação porque eu acho que é um papel importante mais do que essa questão operacional prática aplicada tradicional do nosso campo né da nossa/do campo da saúde/da nossa área no campo da saúde então eu acho que essa articulação das redes... eu acho que outra coisa é::... um papel de::... ah::... eu acho que a gente tem um papel disparador da criação dessas redes... que eu acho que na medida que o profissional de educação física tá atuando num âmbito que não é necessariamente um âmbito tradicional da saúde e que o contato com a população ele é um contato mais estreito do que os outros profissionais da saúde mais estreito mais frequente né... eu acho que a gente teria um papel fundamental nesse disparar dessa relação mais estreita com a atenção primária em saúde... tem essa articulação das redes tem esse/essa eu não sei que verbo eu usaria para te dizer que seria esse papel de::... daquele sujeito que faz a articulação inicial entre as pessoas entre a população e a atenção primária da saúde.

Pesquisador: Um moderador talvez?

Participante SP06: É... um moderador um mediador... alguma coisa nessa direção aí Luiz.... seriam basicamente esses três/esses três papéis que eu consigo te responder agora e visualizar agora... mas acho também que é uma coisa em formulação né... então eu acho que ficaria mais nesse âmbito da ação específica do profissional que eu acho que é um papel importante né que é esse tradicional esse já conhecido... esse outro da articulação do trabalho em rede eu acho que é uma função interdisciplinar que é importante né... interdisciplinar e

multiprofissional que eu acho que é importante... e essa outra que é ser um agente de saúde mesmo né no sentido mais amplo que a gente possa imaginar não no/naquele sentido primeiro que já é aquele nosso tradicional.

Pesquisador: Esse sentido mais amplo seria então que a professora está indicando que esse profissional ele acaba tendo um contato vamos dizer assim primário do sentido que ele tem uma proximidade com a população muito grande para a atenção primária antes das outras áreas da saúde?

Participante SP06: Antes das outras áreas da saúde... eu acho... é um contato frequente o sujeito vai lá três vezes por semana duas vezes por semana encontrar com você seja onde for né pode ser num centro esportivo da prefeitura do estado seja numa praça seja enfim é o sujeito que está ali no contato e é um contato frequente e é um contato invariavelmente com atribuição de um significado muito forte... então tem essa condição que no campo da saúde ela é fundamental para o sujeito se ligar com as estratégias de atenção e saúde...aí que eu acho está o nosso *gap* ((lacuna)) em termos de formação... porque eu acho que trabalhar para este papel ele é uma coisa que é importante também... não sei se a gente dentro da universidade olha muito para isso.

Pesquisador: Através do Projeto Político Pedagógico do curso eu obtive informações sobre o estágio supervisionado... o estágio é dividido em 4 disciplinas de estágio 1 2 3 e 4...

Participante SP06: Isso... estágio supervisionado em atividade física 1 2 3 e 4 que acontece a partir do quinto semestre.

Pesquisador: Você de forma geral poderia explicar quais são as características desta estrutura do estágio... como ele funciona.

Participante SP06: Bom a gente/essa característica do estágio tem mudado com o tempo e a gente ainda não chegou num modelo ideal ainda Luiz... é porque na verdade quando eu ingressei aqui na universidade/só fazendo um breve histórico aqui... quando eu ingressei aqui em 2010... essa era a área que estava mais confusa não tinha um professor específico para trabalhar com estágio enfim e já havia alguma organização prévia e na verdade eu entrei sozinha e a Professora que era a minha suplente na época adoeceu e faleceu em período curto... então eu fiquei sozinha trabalhando com todos os alunos que estavam realizando o estágio... então foi um trabalho pesado de organização/primeiro do material de trabalho mesmo ((interferência na conexão e perdi o contato com a entrevistada por 5 segundos))... então eu acho que estamos num processo de organização ainda sabe Luiz... mas eu vou te contar como é que as coisas estão... o tempo todo nos três que estamos trabalhando com o estágio

Professora Ciclana Professor Beltrano e eu nos falamos que há coisas para mudar né... mas as vezes a gente não modifica para manter uma certa regularidade para os alunos porque alteração constante ela gera desconforto né e ainda mais no caso do estágio que já é aquilo que os alunos acham de mais problemático no curso ((rs...)) sempre... mas vamos lá... nós temos esta divisão por disciplina porque obviamente segundo a legislação federal precisa ter uma disciplina que corresponda as ações de estágio né... e nós dividimos os estágios hoje em relação a um percentual e eu não vou saber precisamente qual é mas que é também/agora não me lembro de cabeça mas isso também está nos documentos... um percentual que os alunos vão ajustando a sua necessidade a sua disposição e as vezes a sua disponibilidade em relação as áreas que eles devem cumprir... nós dividimos o estágio em quatro áreas... essa é uma divisão já antiga que é que eu acho que nos causa um certo desconforto porque a gente ainda acha que não está boa e são as áreas do estágio atividade física e saúde atividade física na práticas artísticas e esportivas atividade física e populações/adaptações que ainda tá nomeado populações especiais e pesquisa... então os alunos ao longo dessas quatro disciplinas de estágio ou seja desses quatro semestres vão trabalhar com percentuais de envolvimento nessas áreas de estágio que são percentuais de horas né nessas áreas de estágio a gente acha que essa divisão ainda não é boa porque ela/há muitas interfaces há muitos trânsitos né... então se a gente está trabalhando com a população especial será que precisaria ter uma área de saúde ou se né... mas quando a gente fala saúde por exemplo a gente está se referindo especificamente ao trabalho instituições hospitalares ou na estrutura da atenção primária em saúde né.

Pesquisador: Conforme você tocou agora sobre alguns locais específicos... vocês tem esta classificação enquanto área e que eles tem que atingir percentualmente uma carga horária de estágio para cada área porque isto é regulamento para ele poder se formar... isso já causa uma distribuição um pouco mais homogênea acredito a parte boa desta distribuição...mas vocês em termos da parte de saúde... se a gente colocar atividade física e saúde e populações especiais que acredito que sejam uma maior relação com o campo da saúde quais seriam os locais de intervenção que tem maior frequência de alunos fazendo estágio professora?

Participante SP06: Acho que são as duas áreas... a área 1 que é atividade física e saúde que a gente nomeia e a outra que é essa de populações especiais... a gente tá/eu acho que até o ano retrasado eles estagiavam muito no hospital das clínicas no instituto de medicina física e reabilitação em "IMRea" no instituto de psiquiatria ((a chamada do Skype entrou em espera e perdi o contato com a entrevistada... esse intervalo durou 1min15 seg e a entrevistada

retomou a fala em seguida))... então Luiz e nessa/acho mais na área que a gente chama de atividade física e populações especiais que seria se não me engano a área 2... nós tínhamos um fluxo grande no hospital das clínicas né no instituto de medicina física e reabilitação (IMRea) na:... no instituto de psiquiatria que é um estágio excepcional os alunos avaliam muito positivamente e na/no instituto de ortopedia e traumatologia os três no hospital das clínicas... acontece que aí tem uma escola de educação permanente e esse é o nosso grande problema com o estágio na área da saúde... a escola de educação permanente que é a que regula todos os estágio dentro do hospital das clínicas e ela é:... ah::... é um órgão obviamente com um nível de burocracia altíssimo né porque administrar um HC não deve ser simples né... administrar estágio do HC né ((risos)) com todas as escolas da saúde que a USO tem né não deve ser simples é:... então a gente tem uma certa demora no trânsito... a escola de educação permanente a dois anos atrás fez uma alteração severa em todos os documentos e aí os convênios que estavam feitos foram desfeitos... enfim... então a gente está numa fase de renovação do termo de compromisso com a escola de educação permanente que é muito complicado... as vezes até o próprio instituto prefere que a gente faça diretamente o estágio sem precisar passar pela escola de educação permanente mas obviamente a gente não vai fazer isto né... quer dizer... é super complicado né... a gente está a dois anos sem estágio no HC... é:... outra coisa... o estágio nas unidades básicas de saúde... que aí seria mais a área 1... que exige este estágio com uma população que está sendo atendida dentro da unidade hospitalar mas é aquela que passa pelas unidade de saúde pela atenção primária é que a gente consegue em geral fazer via acordos pessoais um pouco a gente conseguiu pelo projeto do professor Ciclano que era um projeto de investigação mas também esse acesso é muito dificultado pela burocracia da secretaria municipal de saúde... é muito complicado... a gente tem uma dinâmica muito difícil de acesso/a gente precisa estar com tudo acertado um ano antes e na dinâmica escolar isso é muito né... porque um ano antes a gente não sabe quantos alunos nós teremos matriculados né... na disciplina... é uma dinâmica viva né.... o aluno pode reprovar pode não querer fazer o estágio naquele período... enfim... então a gente tem isso dificultado... em relação a área que a gente tem chamado de saúde ... então a gente tem essas áreas fixas que tem apresentado estes problemas que eu estou te falando não sei se o Fulano te falou um pouco a respeito disso e aí eles acabam estagiando em locais que a gente avaliando essa relação estreita ou não do que a gente tem denominado saúde... então por exemplo o instituto paulista de geriatria e gerontologia que é ali pertinho da gente em São Miguel Paulista na região Leste eles tem estagiado bastante lá então a gente tem conseguido fazer estas articulações aí.

Pesquisador: Por acaso acontece dos alunos fazerem o estágio em academia de fitness? Como isso é classificado? Entra em qual área, na artística esportiva ou na saúde?

Participante SP06: Depende do que eles estejam fazendo/qual unidade em qual área/área dentro da academia que eles estejam alocados né... muitas vezes eles estão fazendo atividades relacionadas a:/a:... as pessoas que vão cotidianamente para tratar das questões relativas á estética melhora da aptidão física e funcional a gente tem ainda caracterizado como saúde... se eles estão voltados por exemplo para o trabalho com criança num outro domínio... a gente analisa... mas no geral a gente aloca nesta primeira área da saúde... essa primeira grande área da saúde.

Pesquisador: Essa grande área da saúde então a princípio sem números exatos mas parece que a maior demanda ou o estágio ele acaba cumprindo um número maior de instituições voltadas a um âmbito hospitalar clínico de instituto?

Participante SP06: É...mas por conta desta problemática que a gente por questões burocráticas a academia acaba entrando por aí... mas o que a gente tem notado mas eu não sei isso em termos de números né mas que os alunos tem e eu vou falar isso especialmente em termos de dois anos acho que você até viu a minha apresentação na ABENEFS né eu tenho trabalhado muito com o discurso dos alunos né então nestes últimos dois anos eles tem ido para a academia porque ainda é o lugar onde eles recebem bolsa né recebe uma ajuda de custo ali... mas eles tem optado por não ficar o tempo todo lá... então eu acho que a academia ainda tem sido o ponto forte da gente por conta das questões burocráticas em termos de opção para esta área mas eles têm trazido uma reflexão crítica importante em relação ao estágio dentro destes locais.

Código do participante: SP07

Data: Entrevista realizada em 18/08/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante SP06: Holístico... semelhante ao difundido pela OMS...não apenas a ausência de doenças, mas o bem-estar biopsicossocial.

Pesquisador: Na sua opinião, qual o papel do Profissional de Educação Física no campo da saúde?

Participante SP06: Profissional capacitado para utilizar a educação física como ferramenta de promoção da saúde.

Código do participante: SP08

Data: Entrevista realizada em 22/09/2015

Pesquisador: Qual é o seu conceito de saúde?

Participante SP08: Olha... eu vou te falar o conceito de saúde que a gente adota aqui no curso viu Luiz porque talvez o meu conceito de saúde vá um pouco além da/desse conceito de/de bem-estar físico e:/e: mental né... inclusive essa definição da OMS foi mudada não faz muito tempo né... não me lembro quantos anos que isso foi mudado mas eles revisaram a definição de saúde... é::... então assim no geral eu acabo entendendo saúde como um/uma coisa mais plena um bem-estar não só físico e um bem-estar físico não necessariamente queira dizer a ausência de doença... que é uma coisa importante... as vezes você tem um processo degenerativo algum processo patológico mas isso não afeta o seu bem-estar físico né... ou pelo menos isso faz com que/isso não implica em você é::.../é::... apresentar um bem-estar físico aquém daquele que você deveria ou poderia ter... mas minha ideia de saúde é uma coisa mais ampla que deveria contemplar não somente o físico mas mental e principalmente social né... a capacidade de:/de: interação é::... não só com outras pessoas mas no meio social onde você está inserido isso tem haver com saúde também né... então não adianta o indivíduo só ter/ter uma plenitude de saúde física se o indivíduo socialmente ou emocionalmente não é uma pessoa saudável né... o que acontece muito e inclusive parece ser um fenômeno mais recorrente nos grandes centros né Luiz... os maus psicológicos os problemas emocionais que as pessoas apresentam como principal foco de:../de: limitação né... da pessoa ficar mais incluída no seu meio ou principal foco de perda de saúde digamos assim... então meu conceito de saúde é uma coisa bastante ampla né... bastante ampla e de certa maneira o enfoque biológico ocupa um grau de importância tão alto ou menos que outras noções de saúde como por exemplo principalmente saúde emocional né saúde emocional psicológica é:: saúde social... é isso.

Pesquisador: Na sua opinião qual o papel do profissional de educação física no campo da saúde?

Participante SP08: Olha... o profissional de educação física deveria atuar principalmente mas não exclusivamente mas principalmente na prevenção... porque quando a gente pensa nestas doenças mais modernas né da vida mais moderna grande parte delas tem uma associação mais ou menos direta com a imobilidade física ou a inatividade física melhor dizendo... então na medida que a gente consiga é::... por meio do exercício fazer com que as pessoas se tornem mais ativas do ponto físico e também do ponto mais/do ponto cognitivo

também né mas mais do ponto físico né a gente/a gente tem uma capacidade grande de/de intervir de uma forma primitiva né... numa menor escala a gente também deveria fazer parte da/da/do tratamento né e aí trabalhar com reabilitação por exemplo reabilitação cardíaca reabilitação osteomolecular ou do aparelho locomotor... isso tudo também seria possível né... mas o primeiro âmbito seria o âmbito da prevenção... e olha que eu estou assim ó... por questões óbvias a gente desconsidera toda a parte de educação física escolar que não está desvinculado de tudo isso que eu falei... lá o nosso foco não é licenciatura é bacharelado... então... mas ainda tem essa parte aí que possivelmente poderia ser incluída nesta discussão... só fazer um parêntese Luiz... me parece que esta visão é uma visão muito particular minha viu... porque se a gente pegar por exemplo a literatura e onde está concentrada a maior parte da massa crítica e gente percebe que o exercício é utilizado como foco principal de reabilitação e reabilitação você pode estender o conceito de reabilitação de forma bastante ampla né... recuperação ou reversão de efeitos deletérios de um processo patológico de um distúrbio metabólico... o exercício/a maior parte da massa crítica de conhecimento tá voltado para a reabilitação nestes diferentes contextos né... agora essa fala minha de prevenção... isso me parece ser muito particular... eu não encontro tanta gente falando a mesma coisa a mesma língua né... talvez por eu ter estudo um pouco eu não sou especialista nem é a minha principal linha de pesquisa inclusive não é minha linha de pesquisa mas pelo fato de ter/tido estudado é:... alguma coisa sobre antropologia para entender isso sobre o aspecto do desempenho por exemplo da corrida né... de onde que vem/quando você analisa o fenômeno da corrida... da onde vem a nossa capacidade de correr? Né provas de longa duração por exemplo? Isso tem um aspecto antropológico envolvido bastante grande que explica né por exemplo como que a gente se tornou um corpo/como é que a gente desenvolveu mecanismos ou adaptou o corpo para transformar/para ser um corpo mais econômico... para armazenar energia e utilizar esta energia de forma mais eficiente ao longo de longas durações... então talvez por ter esse/esse é:... essa abordagem um pouco mais evolutiva digamos assim... é que talvez eu tenha criado essa/esse meu jeito um pouco particular de entender a educação física mais como uma ferramenta de prevenção do que de:/de:/do que uma ferramenta ligada a tratamento né.

APÊNDICE F – Dados e resultados das análises estatísticas

Pares	Eixos do Modelo Teórico de Kirk							
	Acadêmico		Profissional		Biodinâmico		Sociocultural	
	Doc.	Entr.	Doc.	Entr.	Doc.	Entr.	Doc.	Entr.
1	48	30	12	30	18	30	42	30
2	30	15	0	15	0	15	30	15
3	48	48	12	12	48	36	12	24
4	48	30	12	30	18	30	42	30
5	30	15	0	15	0	15	30	15
6	54	48	6	12	54	42	6	18
7	60	54	0	6	60	54	0	6
8	30	30	0	0	0	6	30	24
9	30	24	0	6	0	0	30	30
10	54	54	6	6	60	54	0	6
11	30	33	30	27	20	6	40	54
12	40	51	20	9	60	51	0	9
13	42	36	18	24	60	51	0	9
14	48	48	72	72	84	72	36	48
15	54	51	6	9	60	54	0	6
16	45	45	45	45	63	45	27	45
17	9	6	21	24	30	25.5	0	4.5
18	15	18	15	12	0	9	30	21
19	21	21	9	9	6	0	24	30
20	48	36	12	24	0	18	60	42
21	6	6	54	54	36	50	24	50
22	27	45	63	45	63	45	27	45
23	36	42	24	18	30	24	30	36
24	72	63	18	27	36	54	54	36
25	15	6	45	54	48	30	12	30
26	40	40	20	20	60	54	0	6
27	72	63	18	27	18	54	72	63
28	81	63	9	27	90	81	0	9
29	30	30	90	90	60	60	60	60
30	15	15	90	90	52.5	52.5	52.5	52.5
31	30	30	150	150	75	75	105	105
32	15	15	150	150	75	75	90	90
33	12	15	18	15	15	15	15	15
34	10	15	20	15	15	15	15	15

continua...

conclusão.

Pares	Eixos do Modelo Teórico de Kirk							
	Acadêmico		Profissional		Biodinâmico		Sociocultural	
	Doc.	Entr.	Doc.	Entr.	Doc.	Entr.	Doc.	Entr.
35	20	24	10	6	0	0	30	30
36	55	37.5	20	37.5	75	63	0	12
37	55	37.5	20	37.5	75	63	0	12
38	45	45	15	15	60	54	0	6
39	60	30	0	30	15	18	45	42
40	60	45	30	45	20	20	70	70
41	0	15	75	60	37.5	37.5	37.5	37.5
42	0	5	105	100	52.5	52.5	52.5	52.5
43	0	0	135	135	67.5	67.5	67.5	67.5
44	0	0	135	135	67.5	67.5	67.5	67.5
45	75	52.5	0	22.5	60	60	15	15
46	30	30	45	45	75	60	0	15
47	40	20	20	40	45	42	15	18
48	60	54	0	6	30	18	30	42
49	45	30	15	30	30	30	30	30
50	60	18	0	42	60	60	0	0
51	10	15	50	45	50	36	10	24
52	0	9	60	51	50	30	10	30
53	60	36	30	54	63	63	27	27
54	30	15	30	45	45	42	15	18
55	0	0	60	60	45	42	15	18
Média	35.5	30.2	34.9	40.2	42.5	40.4	27.9	31.1

Resultado do teste de normalidade de *Lilliefors*

		Tamanho da amostra	Desvio máximo	Valor crítico (0.05)	Valor crítico (0.01)	p(valor)
ACADÊMICO	Inicial	55	0.0957	0.1195	0.1	ns
	Final	55	0.1143	0.1195	0.1	ns
PROFISSIONAL	Inicial	55	0.2401	0.1195	0.1	< 0.01
	Final	55	0.1932	0.1195	0.1	< 0.01
BIODINÂMICO	Inicial	55	0.1536	0.1195	0.1	< 0.01
	Final	55	0.125	0.1195	0.1	< 0.05
SOCIOCULTURAL	Inicial	55	0.1572	0.1195	0.139	< 0.01
	Final	55	0.1566	0.1195	0.139	< 0.01

Resultado da correlação de *Spearman* para o eixo ACADÊMICO

Número de pares =	55
rs=	0.8442
t =	11.4658
(p)=	< 0.0001

Resultado da correlação de *Spearman* para o eixo PROFISSIONAL

Número de pares =	55
rs=	0.8388
t =	11.2185
(p)=	< 0.0001

Resultado da correlação de *Spearman* para o eixo BIODINÂMICO

Número de pares =	55
rs=	0.9063
t =	15.6073
(p)=	< 0.0001

Resultado da correlação de *Spearman* para o eixo SOCIOCULTURAL

Número de pares =	55
rs=	0.8804
t =	13.5122
(p)=	< 0.0001