



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FLÁVIA CRISTINA DOS SANTOS MATOS SILVEIRA

**A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E AS PRÁTICAS DE
INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA**

**ARACAJU
2012**

FLÁVIA CRISTINA DOS SANTOS MATOS SILVEIRA

**A FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E AS PRÁTICAS DE
INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Jésia Vieira

**ARACAJU
2012**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

S587f Silveira, Flávia Cristina dos Santos Matos
A formação em educação física e as práticas de integralidade do cuidado na saúde coletiva / Flávia Cristina dos Santos Matos Silveira. – Aracaju, 2012.
111 f. : il.

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Maria Jésia Vieira.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Núcleo de Pós-Graduação em Medicina.

1. Formação profissional 2. Educação física 3. Saúde coletiva I.
Título

CDU 796:614

Dedico este trabalho À MINHA FAMÍLIA. Ao meu querido pai (in memoriam), a minha querida e guerreira mãe, ao meu esposo Maxwell, meus irmãos Fernanda e Bruno, minhas ninas (filhas) Giulia e Gabriela, minha sogra Jael, avôs Jonas Xavier e Rael (in memoriam), avós D. Lia e Cedinha, aos meus tios, tias, primos, primas e a todos que embarcaram nessa trajetória, cuidando de mim nos momentos de crise, ficando ao meu lado nos momentos de esforço e dedicação, incentivando minhas ações e transmitindo confiança para que eu pudesse transpor esta fase da minha vida e da NOSSA HISTÓRIA.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer às pessoas que foram imprescindíveis para o meu processo de formação enquanto ser humano e profissional:

Agradeço a minha mãe Lourdes pela dedicação incondicional, minhas filhas Giulia e Gabriela e meu esposo Maxwell;

À minha querida tia Márcia pela ajuda, consultas e discussões sobre a pesquisa;

Ao meu eterno professor Sérgio Dorenski por ter contribuído na minha formação não só profissional, mas para a vida;

À minha querida orientadora Jésia pela parceria e pelas acolhidas nas noites de terça-feira em sua casa e ao Grupo de Estudos do qual fazemos parte junto a pessoas ilustres e maravilhosas, como: Ana Paula Fialho, Anne Aires, Carolina Lavigne, Déborah Pimentel, Jussiely Cunha, Leda Delmondes, Lívia, Manoel Juvenal, Mayara Gois, Normaclei Cardoso, dentre outras.

Aos meus colegas de trabalho e ao lugar do qual faço parte e que entendo enquanto eterna escola – a Coordenação Estadual de Atenção Psicossocial. Agradeço a todas as pessoas que caminharam comigo nesse processo, em especial a Ana Raquel Santiago e Sony Regina Petris.

À minha companheira de trabalho, Anusca Barros, por me apoiar sempre e partilhar as angústias, tristezas, desafios e alegrias;

Aos profissionais que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa, como Sayonara Carvalho (SMS Aracaju), Seu Reis (SMS Aracaju), profissionais da Academia da Cidade, dos CAPS e da Gestão Estadual;

A todos os meus amigos e professores do mestrado e doutorado da UFS – Cadu (Carlos Eduardo Araújo), Roberto Jerônimo, Cristiano Mezzaroba, Katia Riella, Mila Moreira, Janaína Barleta, Leonardo Rigoldi, Edlene Hora, Rosana Cipoloti, Carlos Humberto, Adriano Antunes, Ricardo Gurgel, Henrique Nou Schneider, dentre outros.

Agradeço a **DEUS**.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A formação em educação física vem acompanhando e adequando-se à lógica de mercado, formando profissionais que atendam a uma diversidade de intervenções, tanto na área escolar como na área da saúde. **OBJETIVO:** O presente trabalho analisou a contribuição da formação em educação física para a atuação dos profissionais em relação às práticas de integralidade do cuidado na Saúde Coletiva, por meio da análise da matriz curricular e ementas de uma instituição de ensino superior, da percepção dos profissionais da área e da nova conformação da atual matriz curricular dos cursos de educação física. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, no qual foram analisadas a matriz curricular, as ementas de um dos cursos de educação física que dispõem de turmas formadas atuando no mercado de trabalho e um instrumento misto de coleta de dados aplicado a profissionais de educação física que trabalham na atenção à saúde coletiva, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Academia da Cidade e na Gestão. **RESULTADOS:** Os resultados evidenciam que a formação do profissional ocorria de maneira técnico-esportiva, através de uma estrutura curricular fragmentada, que valorizava as disciplinas de cunho biológico em detrimento das disciplinas voltadas para as Ciências Humanas. As ações desenvolvidas pelos profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade referem-se à prática de atividades físicas com grupos de idosos, obesos, hipertensos e diabéticos, com dificuldade, e até mesmo, desconhecimento no que se refere à realização de articulação em rede e planejamento das ações. Os profissionais de CAPS realizam práticas corporais e atividades relacionadas ao processo de trabalho do serviço junto a usuários de saúde mental, familiares, profissionais e alguns realizam planejamento e articulações em rede. Os profissionais da Gestão relataram desenvolver ações na esfera da gestão em políticas públicas, fazendo supervisão, planejamento, apoio institucional, articulação, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde mental junto aos trabalhadores da área. Percebe-se que as ações dos profissionais da Academia da Cidade relacionam-se às atividades nucleares pautadas na formação específica obtida em educação física, com base em um modelo tecnicista e biomédico para a prática de atividades físicas. Observa-se que as práticas corporais, desenvolvidas pelos profissionais de CAPS, adaptam-se às necessidades dos usuários e ao processo de trabalho e de cuidado do serviço e, as ações realizadas na esfera da gestão ampliam o campo de conhecimento e de intervenção do profissional, porém pouco utilizam do saber nuclear da educação física. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desta forma,

apesar do caráter dominante do modelo biomédico, tanto na formação como na atuação dos profissionais, a formação em educação física, com o desenvolvimento dos currículos, contribui indiretamente para a atuação dos mesmos na Saúde Coletiva.

Palavras-Chave: Integralidade, formação, educação física, saúde coletiva.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The formation in physical education comes accompanying and adapting itself to the market logic, forming professionals that attend to an intervention diversity, as in the school field as in the health field. **OBJECTIVE:** The present work analyzed the formation contribution in physical education for professionals' performance regarding the care completeness practices in the Public Health, by means of the analysis of the curricular matrix and menus of a higher education institution, of the professionals' perception of the area and the new conformation of the current curricular matrix courses of physical education. **METHOD:** It is a descriptive study, of qualitative nature, in which were analyzed the curricular matrix, the menus of one of the courses of physical education that have formed groups acting in the labor market and a data collection mixed instrument applied to professionals of physical education that work on the attention to the collective health, in the Psychosocial Attention Centers (CAPS), City Academy and in the Administration. **RESULTS:** The results evidence that professional's formation occurred in a technical-sports way, through a fragmented curricular structure, that valorized the disciplines of biological mark in disciplines detriment geared to the Human Sciences. The actions developed by the City Academy's professionals and former-professionals refer to the practice of physical activities with groups of senior, obese, hypertensive and diabetic, with difficulty, and even with, ignorance regarding to the articulation accomplishment in the actions network and planning. The professionals of CAPS accomplish corporeal practices and activities related to service working process close to users of mental, family, professional health and some accomplish planning and articulations in network. The Administration professionals related develop actions in the administration sphere in public policies, supervising, planning, institutional support, articulation, monitoring and services evaluation of mental health close to workmen of the area. It realizes that professionals' City Academy actions relate to the nuclear activities ruled in the specific formation obtained in physical education, with base in a technical and biomedical model for the practice of physical activities. It is observed that the corporeal practices, developed by the professionals of CAPS, adapt to the needs to users and to the working process and service care and, the actions accomplished in the administration sphere enlarge the knowledge field and professional intervention, however little use of the nuclear knowledge of the physical education. **FINAL CONSIDERATIONS:** Thus, besides the dominant character of the biomedical model, so much in the formation as in the professionals'

performance, the formation in physical education, with the curriculums development, contributes indirectly for the performance of the same in the Public Health.

Key-words: Completeness, formation, physical education, public health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 A constituição histórica e o processo de formação em educação física no Brasil.....	16
2.2 O conceito de saúde e o processo saúde-doença.....	25
2.3 As políticas públicas de saúde no Brasil e as influências do capitalismo industrial....	27
2.4 O Sistema Único de Saúde e seus princípios.....	29
2.4.1 O princípio da integralidade.....	29
2.5 A formação em saúde e a vigência das práticas da saúde coletiva.....	30
2.6 A Atenção Básica ou Primária como porta de entrada do usuário no sistema de saúde.....	33
2.6.1 Algumas tecnologias e estratégias importantes para o processo de trabalho dos profissionais e para a efetivação da integralidade do cuidado na Atenção Primária.....	34
2.7 Práticas corporais na atenção à saúde – a educação física e as possibilidades de ampliação do seu campo e núcleo de atuação na Saúde Coletiva.....	38
2.7.1 Práticas corporais no NASF – um exemplo de ações nucleares para a integralidade do cuidado e da atenção à saúde.....	40
2.7.2 Práticas corporais: ferramentas terapêuticas do cuidado nos CAPS.....	43
3 OBJETIVOS.....	48
3.1 Objetivo Geral.....	48
3.2 Objetivos Específicos.....	48
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	49
4.1 Tipo de Estudo.....	49
4.2 Universo e Unidades de Observação.....	49
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....	49

4.4 Técnica de Coleta de Dados.....	50
4.5 Análise de Dados.....	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	52
5.1 Caracterização dos currículos de educação física.....	52
5.2 Análise da matriz curricular e das ementas do Curso de Educação Física (250).....	54
5.3 Análise e discussão dos dados coletados junto aos profissionais.....	62
5.3.1 Ações desenvolvidas pelos profissionais.....	63
5.3.2 Articulação das ações dos profissionais com as equipes e serviços.....	67
5.3.3 Contribuição da formação acadêmica para a atuação em saúde coletiva.....	73
5.3.4 Facilidades e dificuldades relatadas pelos profissionais para atuar na saúde coletiva.....	75
5.4 Cenário Atual – Matriz curricular e ementas do Curso de Graduação em Educação Física.....	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE A.....	108
APÊNDICE B.....	110

INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento da educação no Brasil vem, ao longo do tempo, acompanhando o contexto sócio-econômico, em função de uma lógica capitalista de mercado, na formação de uma mão-de-obra preparada para atender aos novos paradigmas da sociedade moderna. Neste sentido, alguns pressupostos neoliberais vêm se fazendo presentes com vistas à descentralização do Estado e uma conseqüente transposição das suas obrigações para as instituições de ensino superior, através de um discurso inovador com base na gestão democrática e na “autonomia” dos profissionais (QUELHAS; NOZAKI, 2006; TAFFAREL, 1998).

Como parte deste processo histórico, político e hegemônico, o ensino e a formação em educação física, definida como “manifestação da cultura corporal/de movimento, dotada de significados e inserida em um contexto sócio-cultural” (MATIELLO JÚNIOR, 2002, p.139), vem acompanhando e adequando-se a essa lógica de mercado, formando profissionais que atendam a uma diversidade de intervenções, tanto na área escolar como na área da saúde (QUELHAS; NOZAKI, 2006; UFS, 2008). Devido a estes ideais capitalistas, o curso de educação física acaba se fragmentando e, conseqüentemente, perdendo a identidade específica pela falta de clareza acerca do seu objeto de estudo (UFS, 2008).

Nesta perspectiva, a matriz curricular fundamenta-se em disciplinas que não dialogam entre si e nem se articulam às necessidades e demandas de saúde da população, deixando de proporcionar uma formação pautada na atenção integral à saúde das pessoas, partindo da contribuição nuclear do curso no entendimento do processo saúde-doença (CARVALHO; CECCIM, 2006; MEZZARROBA, 2012).

O curso de educação física apresenta uma maior ênfase ao ensino dos esportes, cobrando do aluno uma comprovação do aprendizado prático, por meio de disciplinas que estudam os músculos, o funcionamento bioquímico, anátomo-fisiológico e as de cunho humanístico, em menor número, voltadas para o conhecimento filosófico, do ser humano e da sociedade, numa tentativa de reflexão e superação crítica da realidade estabelecida (AZEVEDO; MALINA, 2004; QUELHAS; NOZAKI, 2006; UFS, 2008).

Associada a estes percalços, existe ainda a necessidade de superar uma herança militarista e higienista adquirida na época da ditadura, que determinou, e ainda vem determinando, as práticas dos profissionais, voltadas para o viés técnico-desportivo e biológico. Sob influência do mercado, estas práticas incorporam uma relação hegemônica

entre atividade física e saúde baseada no aprimoramento das capacidades físicas, de modo que a aferição destas capacidades indicará uma melhor ou pior saúde (ALVES; CARVALHO, 2010; QUIT et al., 2005; SILVA; SENA, 2006; CECCIM; BILIBIO, 2007).

A ideia de que quem pratica atividade física possui saúde é reforçada, não só pela mídia, como também pelos profissionais, porém, sabe-se que o conceito de saúde não representa o oposto da doença nem o de completo bem estar físico, mental e social definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 1986; CARVALHO, 2005; PALMA, 2000, MEZZAROBÀ, 2012).

Saúde representa, numa perspectiva integral e ampliada, a possibilidade de visualizar o sujeito na sua individualidade, considerando sua história de vida e os determinantes sociais que influenciam na sua qualidade de vida (DUTRA, 2007; SAPAG; KAWACHI, 2007; WAAL et al., 2009). Para Carvalho (2001, p.14), “a saúde resulta de possibilidades que abrangem as condições de vida, de modo geral e, em particular, de acesso ao trabalho, serviços de saúde, moradia, alimentação, lazer, conquistados ao longo da vida. Tem saúde quem tem condições de optar na vida”.

Como consequência desta visão distorcida do conceito de saúde na sociedade, cada vez mais chegam ao mercado de trabalho profissionais que vislumbram um futuro promissor no setor privado, em academias, clubes e/ou como *personal training*, alimentando ideais de consumo e do culto ao corpo, reforçados pela mídia (mercadorização da saúde), para apenas uma pequena camada da sociedade que possui condições de pagar pelos serviços (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006; BREILH, 2008).

Porém, apesar da intervenção do profissional de educação física estar mais voltada à área educacional e ao setor privado, o curso de Educação Física obteve grande expansão após seu reconhecimento como profissão da saúde para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Resolução nº287/98 do Conselho Nacional de Saúde (ANJOS; DUARTE, 2009; PASQUIM, 2010).

Com o advento da Reforma Sanitária na área da saúde, tendo como consequência o surgimento do SUS como sistema único de acesso público e gratuito à saúde prestado à comunidade, cada vez mais cresce o reconhecimento e a importância da inserção deste profissional na saúde coletiva, ampliando inclusive o seu objeto de estudo e de intervenção na área, voltados para um cuidado integral e resolutivo (ANJOS; DUARTE, 2009).

A Saúde Coletiva, através da incorporação do social à temática da saúde, reconhece a subjetividade e necessidades dos sujeitos coletivos, tendo como função produzir saberes mais sofisticados acerca da saúde pública. Para produzir saúde e interferir no processo

saúde-doença a Saúde Coletiva reconhece que é necessário operar para além do paradigma biomédico, utilizando-se de outros saberes, como os das ciências sociais, que possam contribuir para o fortalecimento dos sujeitos (individuais e coletivos), tornando-os autônomos e co-participantes no processo de reinvenção da saúde (ANJOS; DUARTE, 2009; BIRMAN, 2005; CAMPOS, 2000; LUZ, 2007; PAIM, 2009; CECCIM; BILIBIO, 2007).

A Saúde Coletiva pressupõe novas estratégias de organização do cuidado no setor saúde que assegurem, com eficácia e qualidade, o atendimento às necessidades de saúde da população. Ela possibilita às profissões da saúde um grande amadurecimento no que se refere à atuação dos profissionais, voltada para um cuidado integral e para uma organização lógica do processo de trabalho, numa perspectiva de gestão coletiva e de articulação em rede, utilizando-se de conceitos estruturantes como acolhimento, vínculo, equipes de referência, projetos terapêuticos singulares, apoio matricial, assembléias, grupos terapêuticos, reuniões de equipe, colegiados, co-gestão do cuidado, autonomia, equidade e integralidade (ANJOS; DUARTE, 2009; BRASIL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007; LUZ, 2007).

Nesta perspectiva, enquanto profissional da educação física atuante na área da saúde, analisou-se a contribuição da formação para as práticas de integralidade do cuidado na saúde coletiva, pois se percebe que a formação de sujeitos críticos e transformadores da realidade, enquanto objeto dos cursos de educação física, encontra-se em consonância com os preceitos do SUS, tendo muito a contribuir com a saúde coletiva (COLETIVO DE AUTORES, 1992; MATIELLO JÚNIOR, 2002; QUINT et al., 2005).

Falar em integralidade da atenção supõe a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora na prática dos profissionais de saúde, no sentido de torná-los mais responsáveis e capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para Machado et al. (2007), falar em integralidade do cuidado implica em considerar as pessoas, grupos ou coletividade e suas necessidades, como sujeitos históricos, sociais e políticos inseridos em um contexto familiar, ambiental e de sociedade.

Tudo que diz respeito à saúde do público diz respeito à saúde coletiva e, conseqüentemente, a uma ação integral no que se refere ao cuidado. Portanto, integralidade é pensar em meio ambiente, saneamento, condições de trabalho, pensar no impacto das diferentes maneiras de viver sobre a saúde das pessoas e das populações, pensar na promoção da saúde, na prevenção das doenças, na maneira como se organiza o sistema, os serviços e o cuidado à saúde das pessoas, a educação e informação em saúde e os modos de governar e

planejar saúde envolvendo a participação de diferentes atores sociais, entre outros (AKERMAN; FEURWERKER, 2006; LUZ, 2007).

Pensar em integralidade é também pensar na formação dos profissionais para a saúde coletiva, preparados para o trabalho em equipe, utilizando-se dos saberes nucleares de cada categoria profissional de forma horizontal, com o olhar voltado para o campo social e comunitário e não somente voltado para a doença e o seu tratamento (AKERMAN; FEURWERKER, 2006).

Assim, esta pesquisa estabelece uma reflexão crítica acerca da formação e atuação do profissional de educação física neste modelo de sociedade à luz de uma aproximação dos referenciais da saúde coletiva e educação física.

Desta forma, ela contribui para a aproximação do curso à realidade e necessidades dos serviços, setores, profissionais da saúde e comunidade no que se refere a um cuidado integral, ampliando a capacidade de intervenção dos profissionais, tendo, como ponto de partida, as práticas corporais no entendimento do processo saúde-doença e das condições de vida da população que influenciam diretamente na sua saúde e qualidade de vida.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A constituição histórica e o processo de formação em educação física no Brasil

A Educação Física no Brasil pode ser entendida por meio da história e dos movimentos de transformação no contexto social, político, econômico e cultural em que se desenvolveu a própria sociedade brasileira (MARCASSA, 2000).

Desta forma, a história da educação física pode ser dividida em duas fases: a de influência militar e médica – fase exógena – e a segunda fase, caracterizada pelo surgimento do viés transformador – fase endógena (MAGALHÃES, 2005).

No início do século XIX, a formação e prática profissional em Educação Física no Brasil passaram por influências de militares e médicos que estruturaram e organizaram todo o conhecimento nesta área. Nesta época, já existia a dicotomia prática-teoria em torno da Educação Física, pois os médicos construíram os estudos científicos (teoria) e os militares organizaram a prática a partir dos tratados e manuais de ginástica (ALBUQUERQUE, 2009; CASTELLANI FILHO, 2008; LIMA; DINIS, 2007; MAGALHÃES, 2005; MARCASSA, 2000).

A fase exógena teve início com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, por meio dos militares da Academia Militar Real, ocorrendo a sistematização dos conhecimentos práticos das atividades em ginástica, através dos métodos ginásticos alemães e a contratação de um instrutor alemão para preparar fisicamente os militares brasileiros (MAGALHÃES, 2005).

Nesta perspectiva, os militares foram os responsáveis pela formação dos primeiros “mestres de ginástica” no Brasil, prática sistematizada no século XX, na antiga Escola de Esgrima, inaugurada em 1902, em São Paulo. Em 1909, a Escola de Esgrima transformou-se em Escola de Educação Física da Força Policial do Estado de São Paulo e o método de ginástica alemão foi substituído pelo método francês, com influência da fisiologia (HUNGER, 2004; MAGALHÃES, 2005; QUELHAS; NOZAKI, 2006; SOUZA NETO et al., 2004).

Em 1919, ocorreu uma preocupação com a sistematização e disseminação da prática de atividades físicas nacionalmente, pelos militares, fortalecendo-se as discussões a respeito da Educação Física entre as autoridades públicas (MAGALHÃES, 2005).

Em 1922, foi fundado o Centro Militar de Educação Física do Exército, na Vila Militar, no Rio de Janeiro, utilizando os fundamentos da ginástica para atingir objetivos de

saúde e ideais de eugenia. Em 1933, no governo de Getúlio Vargas, ocorreu a expansão do projeto de atividade física para a sociedade civil, com a transformação do Centro Militar de Educação Física em Escola de Educação Física do Exército (Esefex), tendo como objetivos desenvolver a força de trabalho e alguns valores morais, em especial o civismo e o patriotismo (AZEVEDO; MALINA, 2004; BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; HUNGER, 2004; MAGALHÃES, 2005; QUELHAS; NOZAKI, 2006).

De acordo com Souza Neto et al., (2004) em 1934 começou a funcionar o primeiro programa civil de um curso de educação física de que se têm notícia, sendo este o da Escola de Educação Física do Estado de São Paulo, estruturado da seguinte forma:

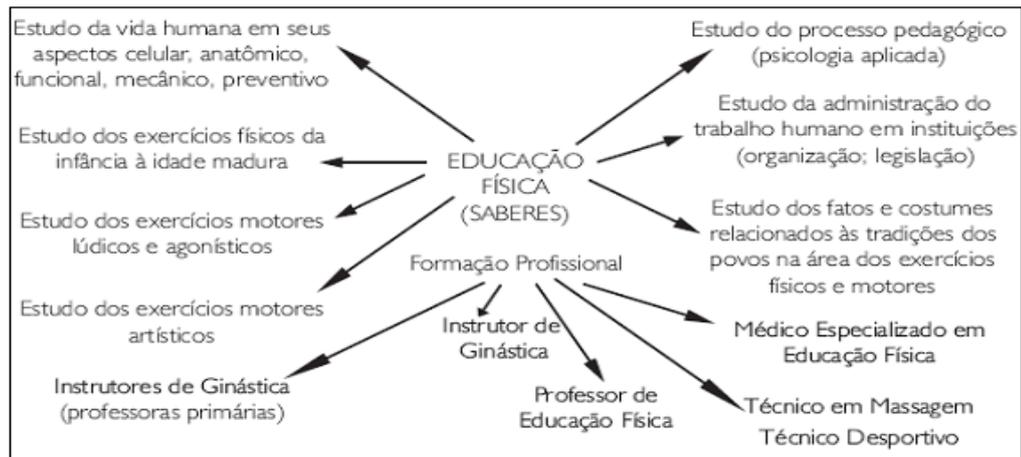


QUADRO 1 - Primeiro programa civil do curso de educação física da Escola de Educação Física do Estado de São Paulo, de 1934.

Fonte: Souza Neto et al., 2004

De acordo com Souza Neto et al. (2004), com o intuito de buscar legitimidade para a área e o reconhecimento social de seus profissionais, a Constituição de 1937 tornou a educação física obrigatória nas escolas, fazendo com que em 1939, por meio do Decreto-lei n. 1.212 fosse criada a Escola Nacional de Educação Física e Desportos com um currículo mínimo para a graduação e diretrizes para a formação do profissional como técnico-generalista, conforme saberes descritos abaixo:

OS SABERES DA PROPOSTA DE 1939



QUADRO 2 - Currículo mínimo para graduação técnico-generalista da Escola Nacional de Educação Física e Desportos, em 1939.

Fonte: Souza Neto et al., 2004

De acordo com Quelhas e Nozaki (2006) curiosamente após a criação da Escola Nacional de Educação Física e Desportos (ENEFED) foi criada a Faculdade Nacional de Filosofia (FNFfi), que compreendia as seções fundamentais de filosofia, de ciências, de letras, de pedagogia e uma especial de didática. O curso apresentava uma duração de três anos e aos seus concludentes era conferido o título de Bacharel. Ao Bacharel que concluísse o Curso de Didática de um ano era outorgado o diploma de Licenciado, habilitando-o ao exercício do magistério no ensino secundário.

Porém, a formação do licenciado em educação física, originalmente, constituiu-se de maneira diferenciada, pois para ingressar na ENEFED bastava o curso secundário fundamental e para ingressar na FNFfi era exigido o curso secundário complementar, sendo pré-requisito para o acesso ao curso superior. Já a duração do curso de licenciatura em educação física era de apenas dois anos e para os demais licenciados eram necessários quatro anos de estudos. Este distanciamento da educação física com as demais licenciaturas perdurou quase que inalterado até a década de 70 (QUELHAS; NOZAKI, 2006).

Cabia à educação física a função social de concretizar uma identidade moral e cívica brasileira de acordo com os princípios da Segurança Nacional, no que se refere à temática da eugenia da raça e ao adestramento físico. À família cabiam algumas leis morais essenciais para a manutenção da sua organização, como manter o corpo sadio, limpo, o espaço purificado, límpido e arejado (CASTELLANI FILHO, 2008).

Segundo Lima e Dinis (2007) a educação física, por ter o corpo como objeto de intervenção direta, favorecia a exposição do indivíduo, no qual era controlado em seus gestos e avaliado de acordo com suas capacidades físicas. Seu corpo tornava-se alvo da intervenção disciplinar buscando-se aspectos do sujeito relacionados à alma pura, ao espírito nobre, a moral elevada e ao trabalho honesto.

Por meio da prática da educação física ocorria a disciplinarização dos corpos, a divisão das atividades entre meninos e meninas, o fortalecimento de padrões, estereótipos e o reforço do comportamento “próprio” de cada gênero, internalizando com isso certas formas de vigilância e auto-regulação (CASTELLANI FILHO, 2008; LIMA; DINIS, 2007).

Em 1945, com a formulação do Decreto-lei n. 8.270, o currículo sofreu algumas alterações por conta da exigência de diploma como pré-requisito para os cursos de educação física infantil, técnica desportiva e medicina aplicada à educação física e desportos. Porém, até 1957 o curso caracterizava-se como curso técnico, conforme Quadro abaixo, pois o pré-requisito para se concorrer a uma vaga era somente ter o ensino secundário fundamental (antigo ginásio), não se exigindo, portanto o certificado do secundário complementar (BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; SOUZA NETO et al., 2004).

OS SABERES DA PROPOSTA DE 1945



QUADRO 3 – Matriz curricular do curso de Educação Física, em 1945.

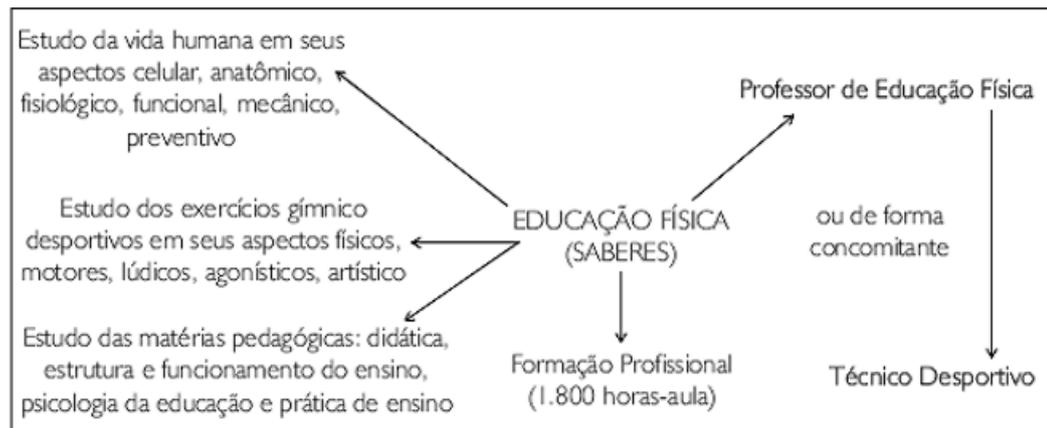
Fonte: Souza Neto et al., 2004

Em 1964, a cultura do movimento sofreu influência de um grande fenômeno mundial - o esporte – que paulatinamente foi-se tornando também conteúdo hegemônico da Educação Física nas escolas de 1º e 2º graus, depois da Segunda Guerra Mundial (ALBUQUERQUE, 2009; HUNGER, 2004; MAGALHÃES, 2005).

Em 1969, em pleno regime militar, o esporte tornou-se conteúdo exclusivo das aulas de educação física, utilizando-se da aptidão física, do caráter competitivo e do rendimento como referências para a orientação do processo pedagógico. Partia-se do pressuposto de que as relações humanas necessitam da competitividade para garantir a sobrevivência das pessoas, deixando à margem outros conteúdos da cultura corporal, como as danças, as lutas e as ginásticas (HUNGER, 2004; MAGALHÃES, 2005).

Nessa época, com o Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) n. 894/69 e a Resolução CFE n. 69/69, os cursos de formação de professores passam a se restringir apenas aos cursos de educação física e técnicos de desportos, tendo uma duração de três anos e carga horária mínima de 1.800 horas-aula, conforme quadro abaixo. Houve também uma redução das matérias básicas de fundamentação científica e um destaque para os saberes relativos ao conhecimento esportivo (BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; QUELHAS; NOZAKI, 2006; SOUZA NETO et al., 2004).

OS SABERES DA PROPOSTA DE 1969



QUADRO 4 – Matriz curricular do curso de Educação Física, em 1969.

Fonte: Souza Neto et al., 2004

Como consequência, enquanto única base de formação, perdurando por mais de 50 anos, a influência militar aliada à “cientificidade” proposta pelo modelo biomédico e a redução da cultura corporal de movimento ao esporte passaram a ser alvo de críticas de alguns professores de Educação Física, que a partir do fim da década de 1970, fundaram um movimento com tendências críticas na Educação e em defesa do papel da Educação Física na formação de um cidadão crítico, criativo e capaz de contribuir para a justiça social. Esse

momento foi caracterizado como fase endógena (LAZZAROTTI FILHO et al., 2010; MAGALHÃES, 2005).

Essa fase foi marcada pela busca da independência intelectual dos profissionais de Educação Física por meio do incentivo à pesquisa, em virtude também do desenvolvimento da pós-graduação no Brasil. Vários professores continuaram a estudar a biologia, porém passando a valorizar também outros campos, principalmente a Educação, incorporando práticas pedagógicas que, no início dos anos 70, ainda se revestiam de influência tecnicista (BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; HUNGER, 2004; LAZZAROTTI FILHO et al., 2010; MAGALHÃES, 2005).

Outro fator também contestado na década de 80 foi o jargão “Educação Física é saúde” com o objetivo também de incluir a Educação Física entre as disciplinas escolares, passando-se a dar ênfase à promoção de exercícios físicos para a saúde, à produção de medicamentos, alimentos, bebidas “diet” e “light”, à comercialização de massagens, aulas de ginástica, cirurgias plásticas, representando um conjunto de interesses de mercado na manipulação do termo “promoção da saúde”, sob influência dos meios de comunicação, reforçando padrões de beleza e estética como sinônimos de boa forma e, conseqüentemente, de boa saúde (HUNGER, 2004; MAGALHÃES, 2005; QUELHAS; NOZAKI, 2006; CECCIM; BILIBIO, 2007). Este fato contribuiu para que ocorresse mais uma vez a especialização, fragmentação ou dicotomização da área, produzindo profissionais especialistas em bem-estar físico, outros em bem-estar mental e associações/organizações destinadas a programas de bem-estar social (MAGALHÃES, 2005).

Desta forma, a fase endógena é marcada também pelo início da reconstrução do conhecimento na Educação Física, pautando-se na prática intelectual e na dialética do conhecimento, produzidos agora por seus próprios professores de educação física. Passou-se a investir em outras possibilidades de trabalho na área, que não fossem a competitividade exacerbada e o reducionismo biológico da cultura corporal de movimento, propondo-se a busca por uma prática solidária da educação física (MAGALHÃES, 2005).

Como conseqüência, o currículo dos cursos de educação física também passou a sofrer críticas, devido às várias décadas de vigência, sendo influenciados pelos valores da fase exógena, ocorrendo em 1979 a primeira proposta de reformulação do plano curricular (DARIDO, 2003 *apud* ALBUQUERQUE, 2009; MAGALHÃES, 2005).

Nesta perspectiva, foi elaborado o Parecer 215/87, pelo antigo Conselho Federal de Educação, definindo carga horária, estrutura curricular, áreas de conhecimento, características relacionadas ao perfil do profissional e inclusão da monografia como requisito

para conclusão do curso. Foram incluídos aspectos sócio-filosóficos nos estudos referentes ao corpo/movimento, permitindo aos graduandos estudar conhecimentos além dos estritamente técnico-biológicos (BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; MAGALHÃES, 2005; QUELHAS; NOZAKI, 2006).

O Parecer CFE n. 215/87 e a Resolução CFE n. 03/87 estabeleceram a criação do bacharelado em educação física, fato que marcou a mudança das matérias básicas e profissionalizantes – localizadas dentro dos núcleos de fundamentação biológica, gímnico-desportivo e pedagógica – assumindo com isso uma nova configuração - formação geral, humanística, técnica e aprofundamento de conhecimentos. Este fato fez com que fosse transferida a responsabilidade do CFE para as Instituições de Ensino Superior (IES) na elaboração da estrutura curricular, que passou das 1.800 horas-aula para 2.880 horas-aula, as quais deveriam ser cumpridas no prazo mínimo de quatro anos, tanto para o bacharelado quanto para a licenciatura, estabelecendo, assim, uma nova referência para a formação profissional, conforme Quadro especificado abaixo (BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; SOUZA NETO et al., 2004):



QUADRO 5 – Estrutura curricular do Curso Superior de Educação Física, de 1987.

Fonte: Souza Neto et al., 2004

O viés crítico-progressista da fase endógena busca o rompimento, que será conquistado com o tempo, mediante sucessivas retificações, conforme afirma Magalhães, 2005, p.99-100:

Esta tarefa exigirá uma reforma: reforma em seu ideário, uma reforma que deverá representar a sua autonomia intelectual. Logo, esta fase endógena representa uma

busca da reorganização do conhecimento na Educação Física. Apresenta diversos ideais e objetivos, indicando distintos conhecimentos e distintas formações profissionais, que necessitarão ainda de um longo debate e práxis, com a intenção de se entender o perfil do profissional desejado para esta graduação. [...] Nota-se a busca pela formação de um educador, e não só de um professor instrumental. É justamente este educador que será responsável pela reconstrução de uma nova identidade da Educação Física.

Nesta perspectiva, na década de 80, ocorreu um reordenamento na educação física brasileira devido às ações de iniciativa privada, aumentando o número de academias de ginástica com o intuito de gerir algo que deveria ser função do Estado, ou seja, a manutenção e promoção da saúde, fato que causou vários debates e confrontos na área, encontrando-se de um lado os donos de academia, seduzidos e interessados pelo domínio do mercado das atividades físicas e seus produtos, e de outro os setores que defendiam a educação física como produção histórica da humanidade, a qual deveria ser socializada a todas as camadas da sociedade (QUELHAS; NOZAKI, 2006).

O resultado deste processo culminou na regulamentação da profissão e da formação profissional. A Resolução nº 03/87 foi criada para atender aos interesses do grupo privatista, traçando mudanças na formação profissional com a possibilidade do bacharelado para a educação física, representando o primeiro ataque fragmentador da licenciatura em educação física (AZEVEDO; MALINA, 2004; BENITES; SOUSA NETO; HUNGER, 2008; QUELHAS; NOZAKI, 2006).

A referida Resolução trouxe alguns avanços para a formação, como a ampliação de áreas de conhecimento técnico, filosófico, do ser humano, da sociedade, da monografia de conclusão de curso, ampliação da duração e da carga horária, porém no que concerne às reformulações curriculares estas não constituíram grandes avanços para a área. O bacharelado direcionava a formação para campos de trabalho não-escolares, como forma de assegurar esses campos para o professor de educação física, descaracterizando-o enquanto trabalhador assalariado do magistério e tornando-o um profissional liberal, flexível ou empreendedor. Porém, a fragmentação da formação em educação física representou uma descaracterização epistemológica da área, pois seu objeto refere-se à prática docente, independente do espaço em que o profissional atue (AZEVEDO; MALINA, 2004; CRUZ, 2008; QUELHAS; NOZAKI, 2006; SOUZA NETO et al., 2004, MEZZAROBBA, 2012).

Entretanto, mesmo com o tensionamento dos campos não-escolares para abertura dos bacharelados na área, até a primeira metade da década de 90 ocorreram poucas aberturas desta habilitação na formação profissional. Outras possibilidades de implementação do

bacharelado na educação física surgiram, como o modelo 3+1, possibilitando a conclusão do bacharelado juntamente com a licenciatura, ou como em outros casos em que os cursos ofereciam uma única formação, concedendo as duas habilitações aos seus concluintes, mudanças que caracterizavam simplesmente a falta de fundamentação teórica na diferenciação entre as duas formações (QUELHAS; NOZAKI, 2006).

Na segunda metade da década de 90, com a política de reformas no Estado brasileiro, ocorreu uma reforma educacional envolvendo vários níveis de ensino – fundamental, médio, profissionalizante e superior – a partir das reformulações jurídicas e orientações legais, tais como a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), Reforma do Ensino Técnico e Profissional (Decreto 2208/97), Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), Diretrizes Curriculares de Ensino Médio e Diretrizes Curriculares de Ensino Superior (QUELHAS; NOZAKI, 2006).

No que se refere ao campo da educação física, o resultado dos embates para a consolidação das Diretrizes Curriculares (Resolução CES/CNE 07/2004) resultou no aprofundamento da fragmentação da formação profissional, criando-se a formação da graduação em substituição à antiga formação do bacharelado, conforme afirmam Quelhas e Nozaki (2006).

A Resolução nº 7, de 31 de março de 2004, em seu Art.1º, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena, assim como estabelece orientações específicas para a licenciatura plena em Educação Física, nos termos definidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica (BRASIL, 2004d).

De acordo com a Resolução supracitada, em seu Art. 3º, a Educação Física representa uma área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem como objeto de estudo e de aplicação o movimento humano. Desta forma, ela pode ser representada por meio de diferentes formas de intervenção e aplicabilidade, quais sejam: exercício físico, ginástica, jogo, esporte, luta/arte marcial, dança, nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, formação cultural, educação e reeducação motora, rendimento físico-esportivo, do lazer, gestão dentre outros campos que oportunizem a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas (BRASIL, 2004d).

Nesta perspectiva, Mezzaroba (2012) afirma a necessidade de que ocorra a percepção para o reducionismo das profissões, pois o que separa o bacharel do licenciado não são os conhecimentos restritos da área da saúde (para o bacharel) e os conhecimentos pedagógicos da cultura corporal de movimento (para o licenciado), nem mesmo que a

“Fisiologia” caracteriza a matriz curricular do bacharel e a “Filosofia” caracteriza o currículo do licenciado. O reducionismo ocorre exatamente pelo fato de se pensar que a saúde, na sua dimensão biológica, é tarefa do bacharel e na licenciatura esta mesma temática não é necessária ser abordada, pois se refere a algo “exclusivamente” do bacharel (MEZZARROBA, 2012).

Para Quelhas e Nozaki (2006) nem a divisão da formação em duas habilitações nem tampouco a manutenção do modelo vigente da licenciatura plena resolverão as questões relacionadas à formação em educação física. Para os autores, a formação ainda encontra-se desprovida de fundamentos teóricos sólidos que orientem a construção de um novo tipo de homem, defendendo-se, portanto a necessidade da formação do futuro professor com base em uma educação integral, por meio de uma licenciatura ampliada, com um perfil de formação generalista, politécnica e omnilateral, observando alguns princípios como o trabalho pedagógico como base da identidade do professor de Educação Física, o compromisso social da formação, a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, a indissociabilidade teoria-prática, o tratamento coletivo, interdisciplinar e solidário na produção do conhecimento científico, dentre outros, cabendo aos trabalhadores a continuidade da luta contra a fragmentação do currículo em favor da reversão das atuais Diretrizes Curriculares.

Para Benites, Souza Neto e Hunger (2008, p.358) “[...] o grande desafio, a ser vencido, consiste em aprender a trabalhar com a diversidade, buscando juntamente uma formação mais completa e menos individualista”.

2.2 O conceito de saúde e o processo saúde-doença

A saúde e a doença são processos que dizem respeito à vida das pessoas, ao modo e à qualidade de como elas vivem e que a depender da época, da forma de organização da sociedade, dos contextos, tensões enfrentadas por cada um e suas diferentes culturas, pode apresentar mudanças nos seus significados. Desta forma, o conceito de saúde está vinculado ao entendimento que se tem sobre o organismo vivo e a sua relação com o meio ambiente (BRASIL, 2006c; FOUCAULT, 1977; LAPLANTINE, 1991; SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Na antiguidade, sem a existência de recursos da ciência e tecnologia, a doença era explicada por meio de uma visão mágica ou religiosa do mundo, em que a morte justificava-se pela existência de demônios e espíritos malignos, cabendo ao feiticeiro ou ao xamã a responsabilidade pela cura (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Os indus e chineses acreditavam que a doença era causada pelo desequilíbrio entre os elementos do organismo provocados pelo ambiente físico (astros, clima, insetos) e que, conseqüentemente, o restabelecimento da saúde se daria por meio do reequilíbrio da energia interna, utilizando-se de terapêuticas como a acupuntura e o do-in. Já na Grécia, a saúde era resultante da harmonia entre os quatro elementos que compõem o corpo humano – água, terra, ar e fogo. Os romanos, com o conhecimento da influência do ambiente sobre a água, utilizavam obras de drenagem e esgoto, na tentativa de se evitar os miasmas (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Na Idade Média, época das pestilências, a doença passa a sofrer influência do Cristianismo, sendo vista como purificação. Nesta época, vários judeus foram jogados na fogueira, acusados de terem contraído a Peste Negra e os leprosos foram isolados em hospícios, tendo acesso às cidades somente em feriados, usando vestes características (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

No final da Idade Média, o crescente número de epidemias na Europa fez com que voltasse a preocupação com a causalidade das doenças, na qual era explicada pela existência de partículas invisíveis, que contribuía para sua produção e disseminação, com o contágio direto de pessoa para pessoa, contato com roupas, objetos, resíduos e até mesmo pelo contágio à distância (LAPLANTINE, 1991; SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

De acordo com Laplantine (1991) e Vieira (1997) o processo de diagnóstico e tratamento não valorizava a experiência do doente. Potencializava-se o modelo de etiologia científica da Medicina em detrimento de uma etiologia subjetiva, social, relacionada ao próprio doente.

“A idéia largamente predominante é que a causalidade (bio)médica é isenta de representações, como se sentíssemos dificuldade em admitir que a doença é um fenômeno social que não é unicamente produto do especialista, mas absolutamente de todos” (LAPLANTINE, 1991, p.14).

A medicina dedicou-se, ao longo do tempo, em conhecer e estudar a doença, através da observação dos seus signos, sintomas, manifestações e do próprio fato patológico em detrimento dos acontecimentos e das características singulares do próprio doente (FOUCAULT, 1977). “Paradoxalmente, o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses” (FOUCAULT, 1977, p. 07).

As pessoas vivem com saúde e convivem constantemente sentindo e equilibrando seus organismos para lidar com anomalias, tensões e desconfortos. Saúde representa a

possibilidade de instituir novas normas a cada nova situação, a partir do caráter subjetivo inseparável das pessoas e seu contexto (BRASIL, 2006; FOUCAULT, 1977, 1990).

A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também e talvez, sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura (FOUCAULT, 1990, p. 21).

Dentro desse processo de saúde e adoecimento, a dimensão subjetiva que é inerente a cada um e chamada margem de segurança, representa o poder que cada indivíduo tem em tolerar e compensar as agressões do meio (LAPLANTINE, 1991). Dessa forma, a saúde pode ser compreendida como a capacidade que cada um tem de enfrentar situações novas, utilizando-se da sua margem de tolerância ou segurança para enfrentar e superar as adversidades do meio. Cada pessoa dispõe de capacidades próprias para lidar de maneira autônoma com as tensões do meio com as quais precisa conviver e esse processo deve ser reconhecido pelos profissionais (BRASIL, 2006c).

“O menor segmento observável, aquele de que é necessário partir e além do qual não se pode remontar, é, a impressão singular que se recebe de um doente, ou, antes, de um sintoma em um doente; nada significa em si mesmo [...]” (FOUCAULT, 1977, p. 134).

2.3 As Políticas públicas de saúde no Brasil e as influências do capitalismo industrial

O processo saúde-doença tem sido objeto de estudo e discussão há muitos séculos no contexto das Políticas Públicas de Saúde. Em 1830, discutia-se na Inglaterra sobre a situação da classe trabalhadora e sua saúde diante dos altos índices de mortalidade devido à exploração da força de trabalho (homens, mulheres, grávidas e crianças menores de 10 anos). Naquela época, já existia a consciência de que falar das condições de saúde da população, com seus altos índices de epidemias, implicava em refletir sobre as condições sócio-econômicas da população, como reflexo do modo de produção capitalista. Porém, as reivindicações pela redução da jornada de trabalho, por salários suficientes para alimentar toda a família, com tempo para o lazer, saneamento nas fábricas, etc. eram sempre reprimidas, considerando o imenso “exército” de desempregados pronto para substituí-lo (DA ROS, 2006).

No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde também sofreram influências do modelo capitalista vigente, a exemplo da década de 1960, em que as ações de saúde resumiam-se à prevenção de doenças e ao controle de endemias e o acesso aos serviços era restrito aos trabalhadores (industriários) que contribuía com a previdência, por meio dos Institutos de

Aposentadorias e Pensões (IAP) e a população pobre dependia dos hospitais de caridade e das Santas Casas de Misericórdia (BRASIL, 2004b; DA ROS, 2006).

Um fator que nos possibilita entender o atual modelo de assistência e de cuidado desenvolvido ao longo do século XX foi a adoção do modelo Flexneriano utilizado nos Estados Unidos, nas faculdades de medicina de todo o país. O modelo caracterizava-se por ser um ensino biologicista, centrado na unicausalidade, hospitalocêntrico, fragmentado e positivista (DA ROS, 2006).

De acordo com o modelo flexneriano, a educação científica das profissões de saúde teria uma base biológica, orientada pela especialização, pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital, adquirindo desta forma um caráter instrumental, baseado na fragmentação das especialidades, nas intervenções por procedimentos, pelo uso de equipamentos e nas evidências de adoecimento diante do processo saúde-doença, tendo a compreensão da saúde como ausência de doença (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Ainda segundo Da Ros (2006) uma das medidas adotadas, com base nesse modelo, foi a suspensão da disciplina terapêutica nos cursos de medicina e a extinção da disciplina relacionada aos princípios ativos dos medicamentos e sua extração no curso de Farmácia, com o objetivo de tornar os alunos reféns dos laboratórios, assegurando com isso a condição do país como consumidor de medicamentos vendidos pelas multinacionais.

Porém, com a primeira crise sofrida durante o governo militar (crise internacional do petróleo) em 1973, o governo foi obrigado a adotar outras saídas para o modelo de saúde. A diminuição das condições de saúde da população permitiu o surgimento de vários movimentos, contra-hegemônicos ao modelo unicausal e ao complexo médico-industrial, chamados Movimento pela Reforma Sanitária ou simplesmente Movimento Sanitário em defesa de um sistema hierarquizado de saúde com práticas curativas e preventivas (BRASIL, 2004b; DA ROS, 2006).

Os estudantes ainda proibidos de se reunir para discutir política, tinham permissão para organizar Encontros Científicos de Estudantes de Medicina, onde tinham como palestrantes os “publicistas” do INAMPS, responsáveis pelas denúncias de corrupção e mau uso do dinheiro público, os “preventivistas” do Ministério da Saúde, que pleiteavam recursos para reiniciar medicina preventiva, a pastoral da saúde com discussões acerca da Medicina Comunitária, os antigos Militantes da UNE, hoje profissionais e professores universitários responsáveis pela criação do Movimento de Renovação Médica (REME) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) (DA ROS, 2006).

Em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde, representando uma grande matriz para o Sistema Único de Saúde (SUS) juntamente com o movimento pelas Diretas Já, que também fortaleceu o Movimento Sanitário. Com a candidatura de Tancredo Neves, pessoas do movimento sanitário foram colocadas em espaços fundamentais da saúde, como Hésio Cordeiro (Presidente do INAMPS) que propôs a extinção da INAMPS e a criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDES) e Sérgio Arouca (Presidente da FIOCRUZ e do Ministério da Saúde) que coordenou a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema: Saúde direito de todos, dever do Estado, com a participação de toda a sociedade organizada, a presença de Movimentos Sociais, Associação de Portadores de Patologias e profissionais de saúde (DA ROS, 2006).

2.4 O Sistema Único de Saúde e seus Princípios

A criação do SUS, por meio da Constituição Federal de 1988, representou um marco no quadro sanitário brasileiro, não somente pela estrutura de organização institucional da área da saúde e do modelo de atendimento à clientela, mas especialmente pela mudança impressa nas formas de direcionar, conceber, pensar e fazer assistência em saúde no país (BRASIL, 2004b; LYRA, 2007; MACHADO et al., 2007).

Do SUS emergiram alguns princípios norteadores para a sua consolidação como a universalidade do acesso, concedido a todo e qualquer cidadão que necessite de algum atendimento, a equidade, considerando que as pessoas possuem necessidades e condições de vida desiguais, devendo ser equilibradas, oferecendo mais a quem tem menos e o princípio da integralidade que garante ao cidadão o direito de ser atendido dentro das suas necessidades, desde a prevenção até o mais difícil tratamento de uma enfermidade (BRASIL, 2004b; DA ROS, 2006; MACHADO et al., 2007; OLIVEIRA et al., 2008).

2.4.1 O princípio da integralidade

O conceito de integralidade representa um dos princípios do SUS, ao lado da universalidade do acesso, do cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, assistenciais, da equidade da oferta e oportunidades em saúde, conceitos que implicam em uma mudança do modelo de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; MATTOS, 2004).

À integralidade é atribuído diversos sentidos, sendo estes referentes a abordagem integral do indivíduo, levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural na garantia de um cuidado integral; as práticas de saúde organizadas a partir das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; e por fim, a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; BRASIL, 2009; MACHADO et al., 2007; MATTOS, 2004).

A amplitude da prática da integralidade requer uma organização dos serviços e suas práticas em saúde, para o reconhecimento das necessidades e demandas da população e conseqüentemente a disponibilização de recursos para abordá-las (BRASIL, 2009; MATTOS, 2004). A prática de atender nos estabelecimentos de saúde acontece sem que ocorra uma interação entre profissional e usuário. O atendimento ocorre de maneira fria, objetiva, voltado para a execução de técnicas e procedimentos, tendo como base o paradigma biologicista com foco no diagnóstico da doença. Entretanto, em meio a esta prática que ocorre de maneira dessingularizada, os autores destacam que ao olharmos com mais acuidade o cotidiano, a micropolítica do trabalho em saúde, podemos detectar profissionais com posturas diferenciadas na maneira de cuidar diante de uma mesma situação, onde uns cuidam e outros não (CECCIM; MERHY, 2009).

Desta forma, o cumprimento do princípio da integralidade pode contribuir muito para a garantia da qualidade da atenção à saúde, devendo estar presente na atitude do profissional, no encontro com o usuário, reconhecendo suas demandas e necessidades e incorporando ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, de maneira articulada e considerando a dinâmica do processo saúde-doença (MACHADO et al., 2007; MATTOS, 2004).

Merhy (2005) refere-se à integralidade como um ambicioso projeto de mudança das práticas de saúde, com novos modos de agir, sendo este ético-político, voltado para produção de vida, no cotidiano dos serviços. As práticas dos profissionais de saúde (do trabalho vivo em ato) devem estar centradas no usuário, por meio do encontro, da interação e do contato com a alteridade, considerando o cotidiano do atender como campo singular de produção de saúde (CECCIM; MERHY, 2009).

2.5 A formação em saúde e a vigência das práticas da saúde coletiva

Com o surgimento do SUS o modelo de assistência passou a ser organizado por um conjunto de ações em saúde no âmbito individual e coletivo, com a Estratégia de Saúde da

Família utilizada na Atenção Básica ou Atenção Primária, que tem como abordagem a promoção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças (BRASIL, 2006b; SIASSON, 2009).

Porém, o amadurecimento do processo da reforma do setor saúde não previu mudanças na educação dos profissionais, assim como o setor educação não se ocupou em pensar uma reforma do ensino que compreendesse a natureza da reforma sanitária. A formação tornou-se um verdadeiro nó crítico de implementação destas mudanças (CECCIM, 2008; PEREZ; MORALES, 2009; SIASSON, 2009).

Conforme afirmado por Ceccim (2008), a linguagem institucional utilizada ainda é a Pedagogia Médica, Ciências Biomédicas ou Ciências Médicas e Saúde, na qual a “área médica” equivale ao “setor da saúde”.

Da Ros (2006) afirma que a luta do Movimento Sanitário hoje é pelo cumprimento do SUS, especialmente no que diz respeito ao princípio da integralidade, como premissa menos trabalhada, sendo necessário pensar na formação e educação superior por este eixo para se atingir mudanças curriculares em todo o Brasil.

A educação universitária ainda é voltada para a concepção flexneriana de ensino médico, não havendo um foco na educação em saúde. Desta forma, falta um “encontro” entre as áreas da saúde e educação (AMANCIO FILHO, 2004; ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; CECCIM, 2008; GIL, 2005) para que seja viabilizado um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, que objetive a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando-o a partir da sua problematização e da sua capacidade de dar acolhimento e cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; HADDAD et al., 2009).

Porém, nos últimos anos a formação e educação em saúde vêm provocando algumas mudanças nesse cenário, tendo como base o contexto da reforma sanitária brasileira, com a construção de outras possibilidades pedagógicas e interpretativas relacionadas ao fenômeno saúde-doença e que possam refletir também na formação, como: currículos integrados, articulações ensino-trabalho, debate e construção das Diretrizes Curriculares Nacionais, dentre outras (CARVALHO; CECCIM, 2006; HADDAD et al., 2009).

Nesta perspectiva de mudanças e protagonismos em prol do constante diálogo entre a formação em Ciências da Saúde e o desenvolvimento do SUS, podemos destacar o papel da Saúde Coletiva como campo de produção de conhecimento especializado, interdisciplinar, com as subáreas da saúde pública, da epidemiologia e da medicina preventiva e social que vem fomentando discussões e reencontros de relevância social com o caráter

técnico e científico dos profissionais de saúde (BIRMAN, 2005; CAMPOS, 2000; CARVALHO; CECCIM, 2006).

A Saúde Coletiva tem o papel de possibilitar outros modos de pensar a formação e a educação permanente junto às áreas que compõem as Ciências da Saúde, através de uma visão ampliada do campo, do empoderamento dos profissionais com saberes e práticas efetivas e eficazes que não se limitam ao conhecimento técnico ou à ciência e que provoquem mudanças concretas, singulares, de acordo com o contexto, com projetos de vida, demandas e necessidades da comunidade (CARVALHO; CECCIM, 2006; HECKERT; NEVES, 2007).

Para se promover profundas mudanças no processo de formação é necessário provocar alterações na preparação técnico-política e ética dos profissionais, promovendo experimentações e compartilhamento de problemas que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, familiarizando os futuros profissionais com as questões que envolvem processo de trabalho, de atenção à saúde, condução das políticas, gerência do sistema e organização da inteligência do setor (HADDAD et al., 2009; HECKERT; NEVES, 2007).

A saúde coletiva, como organização científica do conhecimento e participação na organização dos sistemas de saúde, preocupa-se com a dissociação entre o mundo da formação x mundo do trabalho. Com isso, ela vem historicamente pressionando o ensino na área da saúde, pois o sistema de educação vem-se mostrando alheio às acumulações da saúde coletiva e impermeável às necessidades de mudança (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Porém, na década de 1980, ocorreram algumas ações inovadoras relacionadas à mudança no modelo profissional, assistencial, educacional e de desenvolvimento social estabelecidos, reivindicando novas propostas de experiências que integrassem ensino e serviço, ultrapassando a aprendizagem em hospitais e valorizando o ensino nas unidades básicas de saúde, com base na integralidade e na incorporação dos conteúdos das ciências sociais e humanas (BIRMAN, 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006; HADAD et al., 2009).

Desta forma, os cursos de formação de biomédicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, odontólogos e terapeutas ocupacionais deveriam proporcionar uma formação que contemplasse o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde, com destaque para a formação de farmacêuticos, nutricionistas e enfermeiros com ênfase no SUS. Já nos cursos de graduação em Educação Física e Psicologia a atenção à saúde foi definida como participação na prevenção, promoção, proteção e reabilitação em saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Podemos considerar a vigência por transformações tanto no decorrer do processo de formação quanto na atuação dos profissionais, conforme afirmam Carvalho; Ceccim (2006, p. 30):

Nosso país precisa de profissionais com capacidade de gerir sistemas e serviços de saúde, não porque se especializaram em administração, mas porque **dominam o seu campo de trabalho ao final da graduação**; profissionais com capacidade de **escuta ampliada** no que se refere aos problemas de saúde, não porque se especializaram em planejamento, mas porque **sabem o que é um projeto terapêutico singular** e de profissionais com capacidade de acolhimento, não porque são bons classificadores de risco, mas porque estão imbuídos da **inclusividade e responsabilidade do setor da saúde com a saúde individual e coletiva** (CARVALHO, CECCIM, 2006, p.30, grifo nosso).

2.6 A Atenção Básica ou Primária como porta de entrada do usuário no Sistema de Saúde

Desde a sua criação, com a Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto único plano de saúde universal e gratuito no Brasil, vem mostrando significativos avanços com a reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país para o desenvolvimento da atenção e do cuidado à saúde de qualidade para a população (BRASIL, 2009; WARSCHAUER et al., 2007).

O modelo de atenção pautado no cuidado singularizado, territorializado e na comunidade vem cada vez mais ampliando sua cobertura, suas ações e equipamentos na garantia de uma assistência de qualidade, a exemplo de alguns serviços já legitimados e acessados de acordo com as necessidades da população adstrita e adscrita, como as Clínicas e Unidades de Saúde da Família localizadas na comunidade, vinculando as equipes à sua população de referência, o SAMU que oferta atendimento pré-hospitalar de urgência a todo e qualquer cidadão que necessite de cuidados, independente da sua condição social, local de habitação ou nacionalidade, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais Locais, Hospitais Regionais, Centros de Diagnose, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e mais recentemente os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Faz parte ainda dessa rede de atenção o Sistema de Vigilâncias como a Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Sanitária, a Vigilância Ambiental, a Saúde do Trabalhador, a Assistência Farmacêutica dentre outras ações e serviços (SERGIPE, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) representa o conjunto de ações em saúde, desempenhadas pelas equipes de Saúde da Família, na garantia da assistência à saúde e

qualidade de vida da população. Representa o primeiro contato do usuário na rede, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema, atenção centrada na família, orientação e participação comunitária (BRASIL, 2006b, 2009; CARVALHO, 2006; LYRA, 2007; WARSCHAUER et al., 2007).

Desta forma, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), vertente brasileira da APS, caracteriza-se como a porta de entrada prioritária para o sistema de saúde, sistema esse constitucionalmente fundado no direito à saúde, na equidade, na hierarquização e regionalização do atendimento, como é o caso do SUS (BRASIL, 2006b, 2009; CARVALHO, 2006).

Para que possa ser desenvolvido e ofertado um cuidado de forma resolutiva e eficaz a Atenção Primária, considerando o conceito ampliado de saúde, utiliza-se de alguns saberes específicos da saúde e de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer etc., compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade, tendo como principal propósito da Estratégia de Saúde da Família a reorganização da prática da atenção à saúde em novas bases por meio do processo de trabalho enquanto elemento-chave para a busca permanente de comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a comunidade (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2006; WARSCHAUER et al., 2007).

Dentre os integrantes de uma equipe de saúde da família encontram-se um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser ampliada com a equipe de Saúde Bucal, na qual estão presentes dentista, auxiliar e técnico em saúde bucal, sendo responsável pelo acompanhamento de no máximo quatro mil pessoas de uma determinada área. Sua atuação ocorre no território, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, nas residências e nos espaços comunitários, com território definido, população delimitada, conhecendo o perfil epidemiológico e demográfico de sua área e intervindo nos fatores de risco a qual a comunidade está exposta, de forma a oferecer às pessoas atenção integral, permanente e de qualidade (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2006).

2.6.1 Algumas tecnologias e estratégias importantes para o processo de trabalho dos profissionais e para a efetivação da integralidade do cuidado na Atenção Primária

- Acolhimento - A palavra acolher significa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975 apud BRASIL,

2006a). Desta forma, enquanto ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, de “estar com”, “estar perto de”, representando uma atitude de inclusão. O acolhimento está presente em todas as relações e encontros que fazemos na vida, mesmo nos momentos em que pouco cuidamos dele ou até mesmo sem reconhecê-lo como parte integrante das nossas práticas cotidianas (BRASIL, 2006).

Nesta perspectiva, Franco, Bueno e Merhy (1999) afirmam que o acolhimento refere-se à necessidade de organização do processo de trabalho dos serviços de forma que os mesmos possam atender e dar respostas que sejam resolutivas aos problemas e necessidades das pessoas, garantindo desta forma o princípio da acessibilidade universal.

O ato de acolher deve começar desde a recepção do serviço, percorrendo todo o processo de trabalho e envolvendo trabalhadores e usuários em uma relação de vínculo e responsabilização, favorecendo o princípio da integralidade, na medida em que as pessoas são recepcionadas por meio de uma equipe articulada, interdisciplinar e que, conseqüentemente, supere uma organização centrada no modelo médico e na fragmentação dos saberes (ZAPPELINI; OLIVEIRA, 2007).

Ele representa uma das diretrizes de maior relevância para a Política Nacional de Humanização do SUS. Desta forma, ele não pode ser representado como espaço ou local para ser realizado, nem pressupõe um horário ou profissional específico para desenvolvê-lo. O acolhimento representa uma postura ética, implicando no compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções, pois o profissional deve escutar as queixas, medos e expectativas do usuário e com isso identificar riscos e vulnerabilidade, responsabilizando-se para dar uma resposta ao problema, articulando a necessidade do usuário ao cardápio de ofertas do serviço e tecendo encaminhamentos de maneira responsável e resolutiva (BRASIL, 2006).

- Clínica Ampliada - Comumente, quando se pensa em clínica se visualiza a figura de um médico prescrevendo remédio ou solicitando exame para comprovar ou não a hipótese do usuário ter uma determinada doença. Porém, é necessário mais do que isso para se fazer clínica, pois as pessoas não se limitam às expressões das doenças. Geralmente, o diagnóstico de determinada doença é estabelecido a partir de certo padrão, regularidade e até mesmo da repetição de certos sintomas. Porém, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de igual, os aspectos que também se apresentam de maneira diferente ou singular, sendo necessário considerar que “cada caso é um caso” (BRASIL, 2007; LYRA, 2007).

A Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais de saúde que fazem clínica, desempenhando atenção aos usuários. Ampliar a clínica significa ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários, sendo necessário para isso uma compreensão também ampliada do processo saúde-doença. Ela busca evitar abordagens que privilegiem excessivamente alguma matriz de conhecimento disciplinar, requerendo dos profissionais um modo diferente de fazer a clínica, ampliando o objeto de trabalho e considerando a inclusão de novos instrumentos (BRASIL, 2009).

- Apoio Matricial - O apoio matricial representa o encontro de profissionais para discutir casos e realizar trocas de saberes referentes a uma temática ou até mesmo um usuário e suas necessidades. Ele ocorre a partir do momento que as equipes ou profissionais demandam algum apoio na problematização ou resolução de algum problema de saúde, acionando com isso outros profissionais dispostos na rede para garantir a assistência necessária a cada caso. O apoio matricial pode acontecer intrasetorialmente (entre equipes de saúde) ou intersetorialmente (profissionais de saúde com profissionais da assistência, educação etc.) a depender de cada caso ou necessidade (BRASIL, 2009; CAMPOS; NASCIMENTO, 2007; CRUZ; FERREIRA, 2007).

O apoio matricial representa uma forma de educação permanente. Podemos exemplificá-lo mediante a união de uma equipe de saúde da família com uma equipe ou profissional de saúde mental para realizar trocas e discussões referentes a um tema ou dificuldade específica da saúde mental de maneira técnico-pedagógica e de forma que possa ser compartilhado seu conhecimento específico com a equipe que necessita de apoio (saúde da família), ampliando seu olhar, suas ações e conseqüentemente o cuidado ao usuário que demanda alguma ação dessa área (BRASIL, 2009; FUNESA, 2011).

- Projeto Terapêutico Singular (PTS) - O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, família e usuário, de forma que todas as opiniões sejam importantes para ajudar a entender o sujeito com suas necessidades e demandas de cuidado em saúde. Pode ser dividido em 04 momentos: (1) Diagnóstico - Fase de avaliação/problematização dos aspectos orgânicos, psicológicos e sociais, com vistas a uma conclusão, ainda que provisória, a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; (2) Definição de metas - A equipe deve trabalhar as propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o usuário e pessoas envolvidas; (3) Divisão de responsabilidades e

definição de tarefas; (4) Reavaliação - fase de discussão e reavaliação do cumprimento das metas e prazos pactuados (BRASIL, 2007, 2009; FUNESA, 2011).

- Equipes de Referência - As equipes de referência representam um arranjo no processo de trabalho dos profissionais, em busca da mudança do padrão dominante de responsabilidade nas organizações, pois as pessoas deixam de se responsabilizarem por atividades e procedimentos e tornam-se responsáveis pelo cuidado integral. Ou seja, os trabalhadores de saúde organizam suas ações e responsabilidades em equipes e passam a ser referência para uma determinada clientela, por exemplo, a organização dos leitos de um hospital de maneira que a equipe se divida e torne-se responsável por certo número de leitos ou, no caso das equipes de saúde da família, a responsabilidade por uma clientela dentro de um território de abrangência (BRASIL, 2007, 2009; CAMPOS; NASCIMENTO, 2007).

- Campo e Núcleo - Campo de competência representa o campo de intersecção com outras áreas. São os saberes e responsabilidades que são comuns entre profissões e especialidades e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades, com limites e contornos menos precisos. O núcleo de competência são atribuições exclusivas de uma especialidade (saberes específicos), justificando, portanto, a sua existência como uma nova área, apresentando definições mais delineadas (FUNESA, 2011; FURTADO, 2007).

- Interdisciplinaridade - Representa o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. Representa uma relação de interação dinâmica entre saberes. Disciplinas dizem respeito a condutas, valores, crenças e aos modos de relacionamento que incluem tanto os modos de relacionamento humano quanto os modos de relação entre sujeito e conhecimento. A interdisciplinaridade deve ser entendida como uma maneira de transitar entre os diferentes conhecimentos que podem contribuir para ampliar as ações e o olhar dos profissionais quanto ao seu processo de trabalho e de cuidado (BRASIL, 2009).

Furtado (2007) afirma que a interdisciplinaridade é o grau mais avançado de relação entre as disciplinas, por acontecer de maneira menos vertical, sem que ocorra uma justaposição ou complementaridade entre elas, mas uma nova combinação de elementos que

favorecem as trocas de saberes entre os campos, em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente.

- Intersetorialidade - É a articulação entre profissionais de diversos setores sociais e, portanto, de diversos saberes, poderes e vontades com o intuito de abordar um tema ou situação, em conjunto. O conceito ampliado de saúde e o reconhecimento de uma complexa rede de condicionantes e determinantes sociais da saúde exigem dos profissionais e equipes uma articulação em rede, considerando no processo de cuidado as instituições que estão fora do seu próprio setor, como forma de evitar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (BRASIL, 2009; JUNQUEIRA, 2000).

- Promoção da Saúde - De acordo com a Carta de Ottawa, documento criado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá, a promoção da saúde é um processo que objetiva o aumento da capacidade dos indivíduos e das comunidades no que diz respeito ao controle e melhoria da qualidade da sua saúde, entendendo esta como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida (OMS, 2006).

Para Carvalho (2001, p.18) “a promoção à saúde está determinada pelo desenvolvimento econômico, pela distribuição equitativa de renda, pelo lazer, pela educação sanitária, pela alimentação, nutrição e pelo exercício físico”.

2.7 Práticas corporais na atenção à saúde – a educação física e as possibilidades de ampliação do seu campo e núcleo de atuação na Saúde Coletiva

A educação física tem ganhado destaque no campo da saúde coletiva por meio de leis, políticas e portarias lançadas pelo Ministério da Saúde, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006, e algumas portarias que reconhecem a importância do profissional e das práticas de educação física no âmbito do SUS, como a Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que institui a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Portaria GM/MS nº 719, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde e a Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011, que institui os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do referido Programa.

Percebe-se o envolvimento do profissional interdisciplinarmente, em equipes na Atenção Primária promovendo práticas corporais junto à comunidade como também nos

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como militante da saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2006; NAKAMURA, 2010; WACHS; FRAGA, 2009).

A década de 90 caracterizou-se pela dedicação do Ministério da Saúde ao debate acerca da promoção da saúde, arrolando algumas experiências nacionais neste campo, sistematizadas e discutidas no Grupo de Trabalho Esporte, Lazer e Saúde, composto por representantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, do Ministério do Esporte, do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, pesquisadores da área e coordenadores de projetos de atividade física e lazer. Alguns equipamentos foram, então, implantados em Recife e Campinas, com o objetivo de implementar uma política pública (BRASIL, 2009; FERREIRA; NAJAR, 2005).

Programas de promoção da atividade física assumiram destaque como o Programa Nacional de Educação e Saúde criado em 1986, coordenado pelos Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto sendo implantado em 1987 e 1988 em 14 Estados brasileiros e o Programa Agita São Paulo, criado em 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs) com o objetivo de incrementar o conhecimento e o envolvimento da população sobre os benefícios da atividade física (FERREIRA; NAJAR, 2005).

Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde, contendo sete eixos temáticos dentre os quais as práticas corporais/atividade física, devendo acontecer em consonância com as práticas de saúde em geral, contribuindo com o fortalecimento do controle social, a construção de redes de cuidado integral, a integralidade e transversalidade das políticas de saúde e de acesso aos serviços (BRASIL, 2009; WARSCHAUER et al., 2007).

Apesar dos avanços relatados, que refletem a aproximação da Educação Física ao campo da Saúde Coletiva, faz-se necessária a discussão sobre o termo práticas corporais/atividade física adotado em alguns documentos de conformação do SUS, como a Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF (ACOSTA; CASTRO, 2011; LAZZAROTTI FILHO et al., 2010).

A Educação Física, enquanto campo acadêmico, vem passando por dilemas pelo fato de transitar tanto na área das ciências da saúde, na qual acumula conceitos hegemônicos das ciências biológicas, como no campo das ciências humanas e sociais, na qual amplia seus sentidos e práticas. Nesta perspectiva, o termo “práticas corporais” vem sendo utilizado pelos pesquisadores que apresentam relação com as ciências humanas e sociais e o conceito de

atividade física é utilizado por aqueles que dialogam com as ciências biológicas e exatas (ABIB; ALVES, 2009; ACOSTA; CASTRO, 2011; REUBENS; DIEGO; MARCELINO, 2011; LAZZAROTTI FILHO et al., 2010; WARSCHAUER et al., 2007).

Desta forma, o termo Práticas corporais/atividade física refere-se à junção de dois conceitos contrários na sua concepção, porém citados na Portaria como se tivessem o mesmo sentido, representando com isso um grande entrave ou, talvez, uma potencialidade a ser discutida devido a sua interface (ABIB; ALVES, 2009; ACOSTA; CASTRO, 2011; LAZZAROTTI FILHO et al., 2010).

Warschauer et al. (2007) afirmam que o Exercício Físico representa um subgrupo da atividade física, implicando na repetição planejada de movimentos pré-estabelecidos com a finalidade de melhorar ou manter o condicionamento físico. Estes conceitos e práticas diferem da proposta das práticas corporais, pois estas se relacionam ao movimento humano e suas diversas formas de se expressar, apoiando-se nos aspectos das ciências humanas e sociais, sem desconsiderar os aspectos biológicos.

2.7.1 Práticas corporais no NASF – um exemplo de ações nucleares para a integralidade do cuidado e da atenção à saúde

O profissional de educação física juntamente com os demais profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família devem estimular na comunidade a construção de grupos para desenvolvimento de atividades coletivas que envolvam jogos populares e esportivos, jogos de salão (xadrez, dama, dominó), dança folclórica ou a “que está na moda”, brincadeiras, entre outros, desde que as mesmas estejam contextualizadas com o processo de formação crítica do sujeito, da família ou pessoas de referência dele e da comunidade como um todo (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2006).

O campo de saber da Educação Física é constituído por conteúdos da cultura corporal ou cultura de movimento e por conhecimentos sistematizados relacionados ao esporte, a aptidão física, história, antropologia, sociologia, educação e saúde. Desta forma, a compreensão e contextualização histórica dos fenômenos, conceitos e determinações que envolvem práticas corporais na contemporaneidade são aspectos que podem nortear a atuação do profissional, problematizando questões hegemônicas de corpo e massificadas pela mídia, questões relativas ao gênero, a etnia, ao trabalho, ao próprio acesso à prática de esportes, ainda restrito, entre outros (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2006).

Deve-se também considerar as situações desfavoráveis, como a urbanização exacerbada, o desaparecimento de espaços públicos de lazer, as dificuldades de acesso às praças, aos parques ou aos centros comunitários (BRASIL, 2009).

Por meio das práticas corporais, a Promoção da Saúde compromete-se com uma educação para autonomia, por meio do empoderamento (empowerment) dos indivíduos como possibilidade de gerenciar melhor suas condições de vida com vistas à sua emancipação (CARVALHO, 2006; CARVALHO; FREITAS, 2006; SILVA JUNIOR, 2006).

Nesta perspectiva, para que seja efetivado um trabalho de promoção da saúde dos sujeitos é necessário pensar que tal conceito está diretamente ligado às necessidades de mudança nas condições e no modo de vida das pessoas, sendo um desafio, considerando os fatores que as colocam em situação de risco (CARVALHO; FREITAS, 2006; SAPAG; KAWACHI, 2007; WAAL et al., 2009).

Ao contrário do modelo biomédico que atua na prevenção e/ou retardamento das doenças, prescrevendo comportamentos e responsabilizando indivíduos, a promoção da saúde trata de dimensões biopsicossociais relacionadas ao binômio saúde-doença, potencializando a capacidade dos sujeitos, as mudanças de comportamento e atitudes pelo desenvolvimento da autonomia e enfrentamento das condições geradoras de sofrimento (CARVALHO, 2006; SANTOS et al., 2006).

Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis. Dessa maneira, as condições econômicas, sociais e políticas do existir devem ser vistas como práticas sociais em transformação, exigindo constantes reflexões do setor saúde. O trabalho dos profissionais de saúde deve estar vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades (BRASIL, 2009).

O profissional deve planejar sua atuação de acordo com todos os ciclos da vida, realizando sempre que necessário o exercício de pensar práticas corporais a partir da realidade social das crianças, jovens, adultos e idosos do território (BRASIL, 2009).

Para isso é necessário dispor de sensibilidade para perceber as peculiaridades de cada pessoa, sendo necessários alguns fatores imprescindíveis para o desenvolvimento de uma intervenção seja individual ou coletiva, como o acolhimento, a escuta qualificada, o reconhecimento das singularidades, subjetividades e até mesmo o vínculo do usuário com o profissional (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2006; CARVALHO; FREITAS, 2006).

Outra ação que o profissional de educação física pode desenvolver junto à comunidade refere-se à desconstrução da ideia comercializada pela mídia de que o corpo

magro ou musculoso é sinônimo de saúde. Basta apenas atentarmos para os casos de anorexia e de uso de anabolizantes (CARVALHO, 2008; CARVALHO; FREITAS, 2006; COSTA; VENÂNCIO, 2004).

Costa e Venâncio (2004) afirmam que existe uma interface entre mídia, atividade física e saúde que transformam o corpo em produto ou artigo de comercialização, sinônimo de saúde e beleza, passando a ser objeto de desejo e de padrão a ser atingido para a sociedade. Os meios de comunicação de massa constroem uma ideia de corpo desejável, “perfeito”, transformado, “feliz”, protótipo do belo, cabendo, normalmente, aos profissionais de Educação Física a responsabilidade de reproduzir esse protótipo.

Desta forma, a beleza do corpo padrão se detém exclusivamente na aparência. As pessoas passam a se preocupar não só em adquiri-lo, como também passam a adquirir outros hábitos em função destes ideais, como vestir-se de acordo com a moda, alimentar-se à base de produtos *diet e light*, chegando até a transformar seus corpos com a utilização de recursos biotecnológicos, em nome de um falso ideal de “saúde” e da beleza (CARVALHO; FREITAS, 2006; COSTA; VENÂNCIO, 2004).

O corpo na modernidade é delineado pela mídia e pelas relações de consumo com o objetivo de vender estilos de vida saudáveis, como nas propagandas da eterna jovialidade, a erotização do corpo que produz a compulsão e a “escravidão” da atividade física, o uso de anabolizantes, a busca por implantes, cirurgias plásticas, lentes de contato, próteses e medicamentos (CARVALHO; FREITAS, 2006; COSTA; VENÂNCIO, 2004).

O estereótipo do corpo saudável e em forma massificado pela mídia reforça junto à população um ideal “atingível” por meio de atividade física, dieta, lipoaspiração, implante de silicone etc., fatores que acabam levando as pessoas ao maior consumo desses produtos, sem considerar os limites do próprio ou de cada corpo para torná-lo mais musculoso, viril, sensual, esbelto e jovem (COSTA; VENÂNCIO, 2004).

A crítica social da saúde a partir do termo medicina institucionalizada utilizado por Ivan Illich em Nogueira (2003) resulta em três formas de iatrogenia. A iatrogenia clínica – que ocorre quando os próprios cuidados em saúde, realizados por alguém, lhe causam algum tipo de dano, a exemplo do abuso das drogas e das tecnologias avançadas; a iatrogenia social – que se refere ao estado de crescente dependência da população com relação ao uso de drogas, à adoção de comportamentos e medidas preventivas, curativas, industriais e ambientais prescritas pela medicina, representando o sinônimo de medicalização social, por anular o sentido da saúde enquanto responsabilidade de cada pessoa e reforçar um comportamento passivo, dependente da autoridade médica; e por fim, a iatrogenia cultural –

que representa a destruição do potencial cultural das pessoas e da própria comunidade com relação às suas formas de lidar com as enfermidades com autonomia.

As pessoas lutam para “ser” ou “ter” um corpo belo com o objetivo de serem aceitas em determinados grupos que detenham tal perfil padronizado, em busca de benefícios sociais, pessoais e profissionais e o principal local de “venda” deste produto acaba sendo as academias de ginástica, os clubes e até mesmo a escola, a depender do profissional de Educação Física que assuma ou não a função de “vendedor” (CARVALHO, 2008; COSTA; VENÂNCIO, 2004).

2.7.2 Práticas corporais: ferramentas terapêuticas do cuidado nos CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram criados para serem substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Desta forma, destacam-se por serem serviços de saúde abertos, comunitários, com o papel de ofertar acolhimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou que fazem uso nocivo de substâncias psicoativas, realizando no seu cotidiano o acompanhamento clínico, a reinserção social, aumento do poder contratual e maiores ganhos de autonomia (BRASIL, 2005; CRUZ; FERREIRA, 2007; FUNESA, 2011; KANTORSKI et al., 2011).

O tratamento em liberdade, enquanto direito garantido ao usuário de saúde mental, representa uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento. O cuidado é reconhecido pelos profissionais como fruto da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico apresentado pelo usuário, podendo promover ou não mudanças na evolução do adoecimento mental (LEAL; DELGADO, 2007).

Os profissionais de saúde que desenvolvem a clínica ampliada do cuidado nos CAPS têm o desafio de trabalhar com questões que não são apreendidas durante a sua formação acadêmica, pois terão que lidar com as relações, com as singularidades, peculiaridades, diversidade e subjetividade das pessoas e seus grupos de relações, entendendo que este processo está contido na sua forma de adoecer. Nesta perspectiva, os profissionais têm o desafio de estimular nos usuários a autonomia para viver e/ou “reaprender” a viver com suas limitações e potencialidades, sobretudo nos momentos de crises ou recaídas, inaugurando, no seu cotidiano, novas possibilidades de caminhar na vida (FUNESA, 2011).

Faz parte do processo de trabalho dos profissionais de CAPS o desafio de estimular de forma terapêutica pessoas com baixíssimo grau de autonomia, decorrentes muitas vezes dos longos anos de internação, cronificação e institucionalização, causando-lhes uma

conseqüente perda da identidade e de habilidades. O desafio vai além, pois os profissionais não devem considerar esta condição como processo estático e irreversível, mas como processo que se encontra sempre em movimento, em evolução e que a cada dia que passa o usuário tanto pode progredir como naturalmente regredir, por ainda não dar conta de determinada situação (FUNESA, 2011).

Dentre as categorias profissionais que compõem a equipe de um CAPS podem ser destacadas: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física ou outros profissionais necessários, de acordo com o projeto da instituição para as atividades ofertadas no tratamento dos usuários (BRASIL, 2004; KANTORSKI et al., 2011; REUBENS; DIEGO; MARCELINO, 2011).

Porém, a inserção do profissional de educação física nos serviços de saúde mental de referência para o processo de Reforma Psiquiátrica, sendo estes os CAPS, ainda ocorre de maneira tímida (ABIB; ALVES, 2009; BOMFIM; NUNES, 2011; REUBENS; DIEGO; MARCELINO, 2011).

Dentre as atividades que a equipe do CAPS deve realizar para efetivar o cuidado ao usuário com transtorno mental e/ou que faz uso nocivo de álcool e outras drogas destacam-se o acolhimento, atendimento individual (pontualmente), atendimento em grupo, oficinas terapêuticas, redução de danos, realização de grupos, assembléias, reuniões de família, reuniões de equipe, apoio matricial, ações intersetoriais, visitas domiciliares, elaboração de Projeto Terapêutico Singular, discussões de casos, entre outras (BRASIL, 2004; FUNESA, 2011; KANTORSKI et al., 2011).

No campo da saúde mental os profissionais apropriam-se facilmente de conceitos, saberes e diretrizes que permeiam o campo da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária do SUS a exemplo do acolhimento, do vínculo, da maneira de tratar o usuário considerando as suas singularidades e história de vida, de conceitos como autonomia e empoderamento a serem estimulados e trabalhados junto aos Projetos Terapêuticos dos usuários, resiliência, alteridade, valorização do sujeito, resgate do poder contratual, clínica ampliada, interdisciplinaridade, responsabilização, resolubilidade nas ações, trabalho em rede, gestão do cuidado, inclusão social e reabilitação psicossocial, conceitos que permeiam a efetivação do cuidado ao usuário de saúde mental com base no princípio da integralidade (FUNESA, 2011).

Wachs e Fraga (2009) realizaram pesquisa sobre as práticas dos profissionais de educação física desenvolvidas nos CAPS com o objetivo de acompanhar a relação entre a educação física no campo da saúde mental, registrando as seguintes atividades: Oficina de

Expressão Corporal, Oficina Reconhecer a Rede, Oficina de Dramatização, Atividades de Caminhada, Oficina de Tênis, Oficina de Futebol, Oficina de Voleibol dentre outras.

Bomfim e Nunes (2011) junto a usuários,icineiros e profissionais de educação física que trabalham em CAPS, relataram como atividades ofertadas:

[...] basquete, vôlei, handebol, badminton e futebol; vivências corporais em grupo utilizando materiais alternativos como bexigas, bolas diversas, bambolês, entre outros; ginástica aeróbica, caminhadas, visitas de campo. Todas com o intuito de promover a integração do grupo, fortalecer as relações intra e interpessoais, melhorar a auto-estima, além de aproximá-los da comunidade (BOMFIM; NUNES, 2011, p.09).

Lyrio (2011) ao realizar um trabalho de práticas corporais em um CAPS ad (destinado ao tratamento de usuários de drogas) do município de Aracaju/SE, por meio da oficina denominada de “Consciência Corporal”, relata a necessidade de utilização de atividades voltadas para a auto-concentração, relaxamento e compreensão das emoções e percepções do corpo, como o yoga, alongamento, dança, auto-massagem e relaxamento em usuários de crack e outras drogas, com alto nível de agitação e ansiedade decorrentes dos efeitos das substâncias psicoativas.

Machado (2011) relata a importância da utilização da educação física para além das suas práticas instituídas, associando-a ao corpo e ao cuidado em saúde mental. O autor relata a experiência de trabalho com os usuários que passaram por longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, por meio da capoeira.

“Com os CAPS, os muros físicos dos hospitais caíram. Porém, outros muros, quicá corporais, foram escritos nos corpos destes usuários e nos nossos enquanto trabalhadores, de tal forma que, muitas vezes, continuam a instalar dificuldades de encontro entre corpos” (MACHADO, 2011, p.59-60).

Para o autor, a vivência dos movimentos da capoeira em um CAPS possibilitou o encontro dos usuários com seus corpos, representando um campo aberto à invenção dos mesmos e à produção de singularidades. O jogo, os movimentos, as palmas, a ginga, o canto, as esquivas, os ataques, floreios e a própria queda na roda de capoeira representam as diversas possibilidades de experimentação de movimentos. Porém, a queda refere-se às possibilidades de iniciar e continuar os movimentos em detrimento da crise, que simboliza uma queda ou recaída do usuário, vista como o fim do processo e não como parte do processo de saúde-adoecimento. A queda faz parte da capoeira tanto como a crise faz parte da vida das pessoas (MACHADO, 2011).

Kantorsi et al. (2011) também afirma que as práticas corporais realizadas nos CAPS representam oportunidades de experimentação de novas possibilidades e sensações, sendo portanto atividades terapêuticas para a efetivação do processo de tratamento e reabilitação dos usuários. Elas estimulam a motricidade, o cognitivo, os afetos, a auto-estima, a interação grupal e contribuem para uma melhor qualidade de vida, por meio da utilização de espaços coletivos na comunidade.

As práticas realizadas pelos profissionais de educação física não se limitam às comumente associadas à sua formação, pois a dinâmica do CAPS possibilita ao profissional flutuar entre diferentes frentes de intervenção e transcender os limites de sua formação. O profissional agrega valores a esse fazer em função das demandas do cuidado, a exemplo da oficina chamada “Reconhecer a Rede” que funciona como oficina de adaptação ou desvinculação dos usuários que terão alta do serviço, sem necessariamente utilizar práticas corporais sistematizadas (WACHS; FRAGA, 2009).

Fazendo uma analogia utilizando-se das expressões “esporte da escola” como atividade que faz parte da cultura escolar integrada e legitimada no projeto pedagógico e “esporte na escola” enquanto conteúdo externo à cultura e realidade local, os autores afirmam que da mesma forma que a educação física quando presente na escola deve incorporar seus códigos e funções, no CAPS também devem ser incorporados os objetivos do processo de trabalho e a missão do serviço às atividades ofertadas e seus profissionais, considerando o projeto terapêutico da instituição e do usuário (WACHS; FRAGA, 2009).

Lyrio (2011) relata a importância e contribuição da educação física no CAPS ad (álcool e outras drogas), ampliando seu campo de atuação, com a desconstrução da relação hegemônica da atividade física e saúde e da utilização das práticas corporais em espaços públicos (praças, avenidas, entre outros) como proposta de inclusão social e ampliação do sentimento de pertencimento dos usuários às comunidades.

De acordo com Wachs e Fraga (2009) a “clínica ampliada”, defendida pela Reforma Psiquiátrica, procura romper com o *setting* terapêutico tradicional, explorando os espaços nas cidades para a efetivação do tratamento dos usuários de saúde mental.

Abib et al. (2010) ao utilizarem-se do futebol, na perspectiva de cultura do movimento, em um CAPS de Porto Alegre/RS, relatam como resultados o desenvolvimento dos usuários durante o simples ato de jogar, por meio de intervenções realizadas, da resolução de conflitos e demandas pessoais e coletivas e dos posicionamentos críticos para desenvolvimento das partidas, exercitando desta forma o seu protagonismo no meio social.

É evidente que os intervenientes no cuidado com pessoas em intenso sofrimento psíquico são de várias ordens – e muito mais complexos do que uma simples partida de futebol; contudo, a participação ativa dos usuários na oficina permitiu que cada um deles se visse como protagonista dentro de um grupo, posição que poucas vezes ocuparam ao longo de suas trajetórias de vida. Compromisso, organização pessoal e coletiva, prazer, autonomia e senso crítico ganharam visibilidade em cada disputa de bola, marcação de falta, discussão sobre um lance duvidoso, marcação de um gol e no “apito final” (ABIB et al., 2010, p.12).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a contribuição da formação em educação física para a atuação dos profissionais em relação às práticas de integralidade do cuidado na Saúde Coletiva.

3.2 Específicos:

- Analisar a matriz curricular e as ementas dos cursos de educação física em instituições de ensino superior;
- Identificar se a estrutura curricular propicia a aproximação do aluno com as práticas de integralidade do cuidado na Saúde Coletiva;
- Verificar, na percepção dos profissionais de educação física que atuam na Saúde Coletiva, a contribuição da formação acadêmica para sua atuação na área;
- Apresentar a nova conformação da atual matriz curricular dos cursos de educação física.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo descritivo, de natureza qualitativa. “O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam” (MINAYO, 2004, p.57).

4.2 Universo e Unidades de Observação

O universo de pesquisa foi a cidade de Aracaju/SE e a unidade de observação foi a Universidade Federal de Sergipe (UFS), por ter concordado em participar da pesquisa, embora tenha sido objetivado, inicialmente, a realização da pesquisa nas instituições de ensino superior pública e privada que ofertam o curso de educação física e que dispõem de profissionais formados e atuando na área, sendo estas a UFS e a Universidade Tiradentes (UNIT).

Nesta perspectiva, ressalta-se que, apesar do curso de educação física da UFS ter sido o único a fazer parte da análise, este fato não inviabilizou ou limitou a pesquisa, pois o curso ofertado pela UFS caracteriza-se por ser o mais antigo do Estado, dispondo por isso de maior número de profissionais formados atuando na área em estudo.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Mediante informações disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde, foram considerados sujeitos elegíveis para a pesquisa 29 profissionais de educação física que trabalham na área da saúde, perfazendo um total de 27 da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e 02 vinculados a Secretaria de Estado da Saúde, que desenvolvem práticas corporais ou outras ações de saúde junto à comunidade.

Para se chegar a esse número, foram também considerados os ex-profissionais da Academia da Cidade e, o critério utilizado na seleção dos profissionais foi a aceitação voluntária aliada à disponibilidade em responder ao instrumento de pesquisa.

Desta forma, a amostra foi composta por 21 profissionais, sendo 12 da Academia da Cidade, 04 ex-profissionais do referido programa, 03 profissionais de Centros de Atenção

Psicossocial (CAPS) e 02 profissionais que trabalham na Secretaria de Estado da Saúde, desenvolvendo ações de Gestão na área da Saúde Mental.

4.4 Técnica de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2011, para a qual foi solicitada autorização às instituições de ensino que ofertam o curso de Licenciatura e/ou Bacharelado em Educação Física para disponibilização e análise da matriz curricular e das ementas das disciplinas do curso de educação física.

A segunda fase da pesquisa foi realizada junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria de Estado da Saúde (SES), nos serviços de saúde que possuem o profissional de educação física como integrante das equipes, sendo estes os CAPS e a Academia da Cidade, da SMS, e os profissionais que atuam na Gestão, na SES, consistindo na aplicação de um instrumento misto de coleta de dados (APÊNDICE A) contendo identificação do profissional, informações gerais e questionário com 08 perguntas.

Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e da participação, sendo esta voluntária, havendo liberdade de se retirar do estudo durante ou depois da finalização do processo de investigação. Também foi assegurado o anonimato bem como o sigilo de informações, solicitando aos profissionais a assinatura de Termo de Consentimento Livre Esclarecimento – TCLE (APÊNDICE B), conforme Resolução CNS/CONEP 196/96.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS em 09 de dezembro de 2010, conforme protocolo de n. CAAE 2952.0.000.107-10 (ANEXO I).

4.5 Análise de Dados

Os dados foram avaliados por meio da análise de conteúdo que, de acordo com BARDIN (2004), representa um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos ou conteúdos diversificados, baseando-se na inferência dos conhecimentos recebidos.

A técnica utilizada refere-se à análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2004, p.209), sendo dividida, de acordo com Bardin (2004), em três etapas:

- **Pré-Análise:** é a fase de organização, sistematização e leitura flutuante do conjunto das comunicações, objetivando a aproximação com o conteúdo;
- **Exploração do Material:** consiste na codificação e transformação dos dados brutos com vistas a alcançar o núcleo de compreensão do texto;
- **Tratamento dos Resultados Obtidos:** os resultados são submetidos a análises que permitem ao pesquisador propor inferências e realizar interpretações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo compreende a análise e a discussão da estrutura curricular, das ementas dos cursos de educação física e dos instrumentos mistos de coleta de dados aplicados junto aos profissionais da área, utilizando-se, para tanto, do método de análise de conteúdo.

5.1 Caracterização dos currículos de educação física

O curso de Licenciatura em Educação Física (curso 250) foi implantado na Universidade Federal de Sergipe (UFS) em 1975 e reconhecido em 1978, mediante Decreto nº 81.687 de 18.05.78 (D.O.U. 19.05.78), fazendo parte do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS).

De acordo com Azevedo e Malina (2004), nessa época, encontrava-se em vigor a Resolução nº 09/69, com uma formação ainda caracterizada pela influência direta dos militares do exército e pelo conhecimento científico dos médicos. Os profissionais eram formados essencialmente como técnicos, com uma fundamentação teórica ainda desprovida de um corpo filosófico-sociológico consistente, apesar das disciplinas pedagógicas existentes.

Neste período, os estudantes que concluíam o curso recebiam habilitação para atuar na área por meio do ensino escolar e da área não escolar, fator este que proporcionava alguns problemas, pois o curso não apresentava uma identidade profissional específica e nem mesmo clareza quanto à definição do seu objeto de estudo (UFS, 2008).

Conforme afirmam Carvalho e Ceccim (2006) e Haddad et al. (2009), para que se possa entender o processo de formação profissional em saúde, é necessário que ocorra uma reflexão sobre o ensino, principalmente no que se refere à graduação das profissões dessa área, pois este se caracterizou tradicionalmente por um formato fragmentado, centrado em conteúdos, com uma pedagogia da transmissão, de desconexão entre núcleos temáticos, com predomínio de práticas individualizadas e sem estímulo ao trabalho coletivo como meio de interação entre saberes e ações interpessoais.

O curso, apesar de receber a nomenclatura de licenciatura em educação física, foi marcado, ao longo do seu processo de desenvolvimento, por uma tendência à formação generalista, técnico-esportiva, eminentemente prática ou recreacionista para atender a diversos interesses e intervenções dos profissionais, conforme as necessidades do mercado de trabalho,

dispondo de uma estrutura curricular fragmentada, que valorizava as disciplinas de cunho biológico em detrimento das disciplinas voltadas para as Ciências Humanas (UFS, 2008).

Nesta perspectiva, passou-se a perceber a urgência em articular o ensino às questões sociais, aliando a formação ao compromisso social do professor como agente de transformação, articulando a formação inicial à formação continuada e a aproximação do ensino às políticas públicas que integram o Estado (UFS, 2008).

Outro fator que também dificultou, ao longo dos anos, a ampliação e desenvolvimento do seu objeto de intervenção e suas interfaces com diferentes campos de saberes refere-se ao forte referencial que a educação física tem voltado à saúde e ao esporte, com foco somente nos aspectos biológicos, sendo, inclusive, a principal referência dos alunos ao ingressar no curso (ALBUQUERQUE, 2009; MAGALHÃES, 2005; UFS, 2008).

Por conta desses entraves que compreenderam três décadas de existência do curso, a estrutura curricular passou por algumas alterações ao longo do tempo para atender à legislação e aos anseios da comunidade acadêmica da área. A primeira mudança curricular ocorreu com a Resolução nº 13/92/CONEP, que aprova o Projeto Didático Científico do Curso de Licenciatura em Educação Física. A segunda, com a Resolução nº 04/93/CONEP, e a terceira, com a Resolução nº 12/96/CONEP, em 19 de dezembro de 1996, ambas referindo-se à reformulação do curso. Esta reorganização curricular foi motivada pelo Parecer nº 215/CFE/87 e pela Resolução nº 03/CFE/87, que definia o perfil do professor de educação física a ser formado, propondo disciplinas, ementas e o próprio aumento da carga horária do curso, passando de 03 (três) para 04 (quatro) anos, propondo, também, naquela época, a implantação de cursos de licenciatura e/ou bacharelado (UFS, 2008).

Os currículos dos cursos de Educação Física, em âmbito nacional, foram reformulados mediante o Parecer nº 215 e a Resolução nº 03/87 e a formação inicial passou a abranger áreas de Formação Geral Humanística, Formação Geral Técnica e Aprofundamento de Conhecimentos. Desta forma, com a Resolução supracitada, a formação única em licenciatura sofreu mudanças, transformando-se em graduação em Educação Física, conferindo o título de bacharel e/ou licenciado. A Resolução também previa investimentos nos processos de iniciação científica, facultando/indicando a necessidade de elaboração de trabalhos de conclusão de curso (UFS, 2008).

Posteriormente, com a revogação da Resolução nº 03/87 e aprovação da Resolução nº 7/CNE/2004, ocorreu a fragmentação do curso por meio de uma formação específica para graduados (atuação em espaços não escolares) e outra para licenciados

(atuação na Educação Básica), mesmo contra a vontade de alguns profissionais da área (UFS, 2008).

Nessa perspectiva, com o estabelecimento de novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física (Licenciatura e Bacharelado) (Resoluções nº 01 e 02/CNE/2002 e Resolução nº 07/CNE/2004), foi instituída uma comissão para elaborar proposta de reformulação curricular do Curso de Licenciatura e criação do Curso de Graduação em Educação Física (UFS, 2008).

Desta forma, a matriz curricular foi dividida em mais duas 02 matrizes distintas, além da estabelecida no curso 250: a da Licenciatura (Curso 251), com habilitação para o ensino escolar - Educação Básica e Profissional (Resolução nº 80/2006/CONEP), e a matriz do Bacharelado (Curso 252), com habilitação em Ciências da Atividade Física e do Esporte (Resolução nº 78/2006/CONEP).

Porém, para efeito de análise, foi considerado o Projeto Didático Científico do Curso de Licenciatura em Educação Física antigo (Curso 250), extinto em 2007, com habilitação para o ensino escolar e não escolar, em academias, clubes, condomínios, centros comunitários, etc., com base na Resolução nº 04/93/CONEP, pois representava, no momento da pesquisa, o único curso com turmas formadas atuando no mercado de trabalho.

5.2 Análise da matriz curricular e das ementas do Curso de Educação Física – 250

A Resolução nº 04/93/CONEP dispõe sobre as alterações dos artigos e anexos da Resolução nº 13/92/CONEP que trata do Projeto Didático Científico do antigo Curso de Licenciatura em Educação Física (Curso 250), implantado a partir do 1º semestre de 1993. O referido curso apresentava uma duração mínima de 04 anos e máxima de 07 anos, com carga horária de 3.075 horas e 205 créditos, sendo 173 obrigatórios e 32 optativos, distribuídos em oito períodos letivos.

Conforme o Art. 2º da Resolução nº 13/92/CONEP, o curso tinha, por objetivo, formar profissionais capazes de:

- agir e interagir na sociedade em que vive;
- identificar as necessidades regionais, mantendo-se sempre atualizadas ao campo da Educação Escolar (pré-escolar, 1º e 2º graus) e não-escolar (academias, clubes, condomínios, centros comunitários, etc.);

- usar, adequadamente, os conteúdos, materiais, equipamentos e espaços a fim de auxiliar os alunos a atingirem competências para viver cooperativamente na mais complexa situação.

Ainda de acordo com a Resolução nº 13/92/CONEP, em seu Art. 5º, o currículo pleno do curso era constituído de um Currículo Padrão, correspondendo a um conjunto de disciplinas obrigatórias do curso, distribuídas em períodos letivos e de acordo com uma seqüência lógica e um Currículo Complementar, composto por disciplinas optativas necessárias à integralização dos créditos do curso.

Após Reformulação, mediante Resolução nº 04/93/CONEP e Resolução nº 12/96/CONEP, a matriz curricular passou a englobar disciplinas que enfocavam o Esporte (aprendizado dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem), Aspectos morfológicos, biológicos e anátomo-fisiológicos ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano, Aspectos sócio- culturais e filosóficos, Psicologia, Desenvolvimento motor, História, educação e pedagogia da educação física escolar, Metodologia, Pesquisa e outros, conforme Quadros 6 e 7, dispostos a seguir:

CURRÍCULO PADRÃO							
	Disciplinas Obrigatórias	CR	CH		Disciplinas Obrigatórias	CR	CH
1º período	Bioquímica	05	75	2º período	Fund. Filosófico da Educ. Física	04	60
	Bases da Anatomia para a Ed. Física	04	60		Fisiologia Básica	04	60
	Sociologia I	04	60		Biologia Celular	04	60
	Psicologia Geral	04	60		História da Educação	05	75
	Psicologia da Educação I	04	60		Antropologia I	04	60
	Introdução à Filosofia	04	60		Desenvolvimento Motor	04	60
	Introdução à Metod. Científica	04	60		----	-	-
3º período	Comp. Funcionais da Ativ. Física	04	60	4º período	Cineantropometria	04	60
	História da Educação Física	04	60		Prevenção e Seg. da Atividade Física	04	60
	Natação I	04	60		Natação II	04	60
	Atletismo I	04	60		Atividades Rítmicas	04	60
	Aprend. Motora em Educação. Física	04	60		Ginástica I	04	60
	Recreação I	04	60		Didática	05	75
	Psicologia da Educação II	04	60		Metod. da Pesquisa em Educ. Física	04	60
5º período	Basquetebol I	04	60	6º período	Handebol I	04	60
	Futebol I	04	60		Voleibol I	04	60
	Ginástica Rítmica Desportiva I	04	60		Ginástica Artística I	04	60
	Atletismo II	04	60		Prática de Ensino de Ed. Física I	06	90
	Ginástica II	04	60		Capoeira I	04	60
	Met. do Ensino da Educação Física	04	60		----	-	-
	Estrutura e Funcionamento do Ensino	04	60		----	-	-
7º período	Prática do Ensino de Ed. Física II	06	90	8º período	Seminário de Monografia	06	90

QUADRO 6 – Matriz Curricular do Curso de Licenciatura em Educação Física – Currículo Padrão contendo disciplinas obrigatórias, nº de créditos (CR) e carga horária (CH) conforme Resolução nº13/92/CONEP, Resolução nº 04/93/CONEP e Resolução nº 12/96/CONEP, 2011.

CURRÍCULO COMPLEMENTAR								
DISCIPLINAS OPTATIVAS	CR	CH	DISCIPLINAS OPTATIVAS	CR	CH	DISCIPLINAS OPTATIVAS	CR	CH
Natação III	04	60	Capoeira II	04	60	Cinesiologia	04	60
Pólo Aquático	04	60	Dança na Educação Física I	04	60	Adm. e Org. da Educ. Fís. e Desportos	04	60
Saltos Ornamentais	04	60	Dança na Educação Física II	04	60	Tópicos Especiais em Educ. Física	04	60
Basquetebol II	04	60	Recreação II	04	60	Metod. do Ens. da Educ. Física Especial	04	60
Futebol II	04	60	Atividades Físicas de Academia	04	60	Met. do Treinamento Desportivo	04	60
Futebol de Salão	04	60	Atletismo III	04	60	Currículos e Programas	04	60
Handebol II	04	60	Judô I	04	60	Folclore Brasileiro	04	60
Voleibol II	04	60	Judô II	04	60	Sociologia da Educação I	04	60
Ginástica Artística II	04	60	Tênis I	04	60	Psicol. do Movimento Corporal	04	60
Gin. Rítmica Desportiva II	04	60	Tênis II	04	60	Psicomotricidade	04	60
----	-	-	----	-	-	Psicologia do Excepcional	04	60
----	-	-	----	-	-	Filosofia da Educação I	05	60

QUADRO 7 – Matriz Curricular do Curso de Licenciatura em Educação Física – Currículo Complementar contendo disciplinas optativas, n° de créditos (CR) e carga horária (CH) conforme Resolução n°13/92/CONEP, Resolução n° 04/93/CONEP e Resolução n° 12/96/CONEP, 2011.

Os currículos padrão e complementar descritos apresentavam 41 disciplinas obrigatórias e 32 optativas, respectivamente. Foram analisadas as ementas das disciplinas, dispostas da seguinte forma: das disciplinas obrigatórias, 15 eram relacionadas ao ensino dos esportes/cultura do movimento, abordando o aprendizado dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem, representando 36,5% da matriz de disciplinas obrigatórias, 03 tratavam do ensino da psicologia, correspondendo a 7,3%, 02 discutiam os aspectos do desenvolvimento motor (4,8%), 04 abordavam questões sócio-culturais, filosóficas e antropológicas relacionadas à educação física (9,7%), 07 referiam-se aos aspectos morfológicos, biológicos e anátomo-fisiológicos ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano e das doenças (17%), 07 estavam relacionadas à história, educação e pedagogia da educação física escolar (17%) e 03 referiam-se à metodologia e pesquisa (7,3%), conforme Quadro 8.

As disciplinas optativas encontravam-se organizadas da seguinte forma: 20 discorriam sobre o ensino dos esportes/cultura do movimento, abordando o aprendizado dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem (62,5%), 03 tratavam do ensino da psicologia (9,3%), 01 tratava dos aspectos relacionados ao desenvolvimento motor (3,1%), 02 abordavam os aspectos sócio-culturais, filosóficos e antropológicos relacionados à educação física (6,2%), 01 tratava dos aspectos morfológicos,

biológicos e anatomo-fisiológicos ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano (3,1%), 01 tratava da história, educação e pedagogia da educação física escolar (3,1%), 01 relacionava-se à metodologia e pesquisa (3,1%) e 04 referiam-se a outros enfoques, como administração e organização de competições, currículo, folclore etc. representando 12,5% das disciplinas optativas, conforme Quadro 9.

DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS			
ENFOQUE	DISCIPLINAS	CH/h	PERCENTUAL (%)
Esporte (aprendizado dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem)	Natação I	60	36,5%
	Atletismo I	60	
	Recreação I	60	
	Natação II	60	
	At. Rítmicas	60	
	Ginástica I	60	
	Basquetebol I	60	
	Futebol I	60	
	Gin. Rítmica Desport. I	60	
	Atletismo II	60	
	Ginástica II	60	
	Handebol I	60	
	Voleibol I	60	
	Ginástica Artística I	60	
Capoeira I	60		
TOTAL	15	900h	-
Psicologia	Psicologia Geral	60	7,3%
	Psic. da Educação I	60	
	Psic. da Educação II	60	
TOTAL	03	180h	-
Desenvolvimento motor	Desenvolvimento Motor	60	4,8%
	Aprendiz. Motora em Ed. Física	60	
TOTAL	02	120h	-
Aspectos sócio - culturais e filosóficos	Sociologia	60	9,7%
	Introdução à Filosofia	60	
	Fundam. Filos. da Ed. Física	60	
	Antropologia I	60	
TOTAL	04	240h	-
Aspectos morfológicos, biológico e anatomo-fisiológico ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano	Bioquímica	75	17%
	Bases da Anatom. para a Ed. Física	60	
	Fisiologia Básica	60	
	Biologia Celular	60	
	Componentes Func. da At. Física	60	
	Cineantropometria	60	
	Prev. e Seg. da At. Física	60	
TOTAL	07	435h	-
História, educação e pedagogia da educação física escolar	História da Educação	75	17%
	História da Educação Física	60	
	Didática	75	
	Metodologia do Ens.da Ed. Física	60	
	Estrut. e Funcionamento do Ensino	60	
	Prática de Ensino de Ed. Física I	90	
	Prática de Ensino de Ed. Física II	90	
TOTAL	07	510h	-
Metodologia e Pesquisa	Introdução à Metod. Científica	60	7,3%
	Seminário de Monografia	90	
	Met. da Pesq. em Ed. Física	60	
TOTAL	03	150h	-

QUADRO 8 – Percentual de disciplinas obrigatórias por enfoque e carga horária (CH) de acordo com o Currículo Padrão da Matriz Curricular do Curso de Licenciatura em Educação Física, 2011.

DISCIPLINAS OPTATIVAS			
ENFOQUE	DISCIPLINAS	CH/h	PERCENTUAL (%)
Esporte (aprendizado dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem)	Natação III	60	62,5%
	Pólo Aquático	60	
	Saltos Ornamentais	60	
	Basquetebol II	60	
	Futebol II	60	
	Futebol de Salão	60	
	Handebol II	60	
	Voleibol II	60	
	Ginástica Artística II	60	
	Gin. Rítmica Desportiva II	60	
	Capoeira II	60	
	Dança na Educação Física I	60	
	Dança na Educação Física II	60	
	Recreação II	60	
	Atividades Físicas de Academia	60	
	Atletismo III	60	
	Judô I	60	
	Judô II	60	
Tênis I	60		
Tênis II	60		
TOTAL	20	1200h	-
Psicologia	Psicol. do Movimento Corporal	60	9,3%
	Psicologia do Excepcional	60	
	Psicomotricidade	60	
TOTAL	03	180h	-
Desenvolvimento motor	----	--	-
TOTAL	----	--	-
Aspectos sócio- culturais e filosóficos	Sociologia da Educação I	60	6,2%
	Filosofia da Educação	60	
TOTAL	02	120h	-
Aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano	Cinesiologia	60	3,1%
TOTAL	01	60h	-
História, educação e pedagogia da educação física escolar	Metod. do Ens.da Educ. Física Especial	60	3,1%
TOTAL	01	60h	-
Metodologia e Pesquisa	Met. do Treinamento Desportivo	60	3,1%
TOTAL	01	60h	-
Outros Enfoques	Adm. e Org. da Educ. Fís. E Desportos	60	12,5%
	Tópicos Especiais em Educ. Física	60	
	Currículos e Programas	60	
	Folclore Brasileiro	60	
TOTAL	04	240h	

QUADRO 9 – Percentual de disciplinas obrigatórias por enfoque e carga horária (CH) de acordo com o Currículo Complementar da Matriz Curricular do Curso de Licenciatura em Educação Física, 2011.

No que se refere aos Currículos Padrão e Complementar, percebe-se que as disciplinas que abordavam os esportes/cultura do movimento eram recorrentes, representando 36,5% das disciplinas obrigatórias e 62,5% das optativas. Este fato reforçava o modelo de formação centrado no aprendizado técnico e com ênfase em disciplinas de cunho biológico,

relacionadas ao desenvolvimento humano e às doenças, representando 17% do currículo padrão e 3,1% do complementar.

Desta forma, 46,5% do currículo padrão e 34,4% do currículo complementar eram destinados às disciplinas de cunho humanístico, tratando da psicologia, do desenvolvimento motor, dos aspectos sócio-culturais, antropológicos, filosóficos, dentre outros. Desse percentual, destacavam-se as disciplinas relacionadas à história, educação e pedagogia da educação física escolar, representando 17% do currículo padrão.

A forma de organização do curso, compartimentalizado em disciplinas, dificultava o aprendizado do aluno de maneira integral, interferindo na relação lógica e processual entre as disciplinas e coerente com a proposta pedagógica do curso, cabendo ao aluno fazer as interlocuções necessárias entre os saberes no decorrer dos períodos.

Desta forma, os 1º e 2º períodos caracterizavam-se por abordar enfoques gerais relacionados ao funcionamento do corpo humano, com disciplinas que tratavam dos aspectos biológicos e anátomo-fisiológicos, como: Bioquímica e Bases da Anatomia para a Educação Física; dos aspectos relacionados à psicologia e ao desenvolvimento motor; disciplinas que permitiam a discussão de questões sociais, filosóficas e antropológicas; e disciplinas que iniciavam os alunos ao método de investigação científica.

Nos 3º e 4º períodos, a maioria das disciplinas voltava-se para o aprendizado dos esportes/cultura corporal do movimento, por meio da vivência dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem, como: Natação I e II, Atletismo I, Ginástica I, Recreação I, Atividades Rítmicas, dentre outras. Em menor frequência, percebia-se a presença de disciplinas que tratavam da psicologia, do desenvolvimento motor, didática e história da educação física.

Nos 5º e 6º períodos, observou-se na matriz curricular um grande destaque para a prática de esportes, com a possibilidade de vivência e aplicação prática dos métodos e técnicas apropriados no decorrer do curso. Nesta fase, mediante a disciplina Prática de Ensino I, da matriz curricular do 6º período e Prática de Ensino II, da matriz curricular do 7º período, os alunos do curso ministravam aulas nas escolas junto aos estudantes do Ensino Fundamental.

O 8º período caracterizava-se pela elaboração, execução e apresentação de trabalho de monografia de conclusão de curso.

Apesar da possibilidade de aproximação dos alunos ao campo de atuação, esta acontecia de maneira pontual e estanque, como cumprimento dos requisitos para obtenção da aprovação na disciplina, nos últimos períodos. Conforme análise das ementas, não foi

observada uma preparação inicial ou inserção dos alunos no ambiente escolar para percepção da realidade, dos entraves e da dinâmica do serviço (relação multi/interdisciplinar com as categorias profissionais, processo de trabalho, calendários escolares, etc.), como também não se percebeu uma continuação ou vinculação do trabalho realizado pelos alunos da disciplina com a escola.

Esses achados corroboram a literatura ao afirmar que, enquanto profissionais de saúde, realizamos intervenções diárias com seres humanos, corpos vivos, que fazem parte e interagem de acordo com um *sócius*, o ambiente e sua subjetividade. Porém, durante a formação nos cursos da saúde, os profissionais só têm contato com pessoas ao final da graduação, passando grande parte do tempo dissecando cadáveres, sem que ocorra a possibilidade de experienciar uma escuta ou contato com a alteridade (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Apesar de estar prevista na legislação uma formação voltada para a área escolar e não-escolar, o curso direcionava a formação do aluno para a área escolar, mas não o apresentava a outros campos de atuação, como academias, clubes e serviços públicos de saúde, fato este que favorecia e limitava as suas escolhas somente para o campo escolar, de academia e treinamento/esporte enquanto áreas dominantes e muito divulgadas na mídia e no mercado.

Carvalho e Ceccim (2006) afirmam que uma característica da graduação dos profissionais refere-se à desvinculação entre ensino, pesquisa e extensão e o predomínio de um formato enciclopédico de orientação pela doença e reabilitação. Pode-se observar que a graduação na área da saúde não vem trabalhando no sentido de aproximar/integrar o ensino ao trabalho, articulando o conhecimento teórico-conceitual e metodológico para a formação do profissional com competências e potencialidades de intervenções, tendo uma percepção ampliada das necessidades de saúde da população e do desenvolvimento do sistema de saúde.

A universidade moderna dispõe de uma cartografia epistemológica configurada em disciplinas e departamentos, fato este que propicia o corporativismo das especialidades e os controles burocráticos que acabam por dificultar o desenvolvimento das práticas interdisciplinares e, conseqüentemente, ocasionando uma fragmentação como modo organizador dos saberes e fazeres (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Outra questão observada refere-se a pouca ou nenhuma discussão no decorrer do curso sobre os aspectos relacionados à saúde, ao seu conceito e dentro de um contexto ampliado, já que estamos tratando de uma profissão voltada para a saúde das pessoas, independente da sua área de atuação. A matriz curricular da educação física, apesar de tratar

do corpo e seu funcionamento, com um enfoque biomédico, não articulava tais conceitos à proposta de promoção da saúde e qualidade de vida dos sujeitos. Ela possibilitava apenas o aprendizado e a aplicabilidade técnica no meio escolar, focando no processo ensino-aprendizagem, dissociando o viés da saúde e desconhecendo-o enquanto condição *sine qua non*.

Percebe-se que as disciplinas, em sua grande maioria, trabalhavam o esporte a partir de procedimentos pedagógicos no processo ensino-aprendizagem, com uma metodologia de planejamento, orientação, avaliação das atividades e aulas, conforme os fundamentos, técnicas e a metodologia do ensino e organizações de competições (Anexo 05, Resolução nº 13/92/CONEP).

No que se refere às ementas, as disciplinas que tratavam do funcionamento biológico e anátomo-fisiológico do corpo humano e das doenças discorriam sobre o estudo do corpo humano com seus aspectos biofísicos e bioquímicos, abordando o estudo das células, tecidos, membranas, sistemas, estudo do movimento humano em repouso e em atividade, o metabolismo energético e as fases de crescimento e desenvolvimento (infância, adolescência, 3ª idade e gestação) (Anexo 05, Resolução nº 13/92/CONEP).

Observou-se que apenas uma das disciplinas, de caráter obrigatório, tratava, especificamente, de princípios gerais da saúde, porém com um enfoque biomédico, relacionando a prática da atividade física com doenças específicas, questões de higiene, saneamento básico, endemias, profilaxia, imunização e primeiros socorros, abordando, ainda, questões relacionadas ao bem estar social (Anexo 05, Resolução nº 13/92/CONEP).

Essas informações coincidem com os estudos de Anjos e Duarte (2009) ao afirmarem que as disciplinas da saúde que abordam aspectos sociais como a Saúde Coletiva, aproximando os alunos para a dinâmica do trabalho nos serviços de saúde não são priorizadas dentre as demais disciplinas, havendo prevalência das prescritivas e/ou curativas.

A saúde e a doença, por muito tempo, foram comparadas a uma máquina, em que o seu estado de bom funcionamento correspondia ao corpo saudável e qualquer desarranjo equivaleria à doença. Porém, o conceito de saúde, presente na vida das pessoas, apresenta um sentido que é singular, subjetivo e, desta forma, deve deixar de ser visto como algo a ser contabilizado, medido e discutido por um grupo de pessoas chamadas especialistas (BRASIL, 2006).

Ao se falar sobre a saúde das pessoas, deve-se considerar algumas dimensões subjetivas que dizem respeito e dão sentido às suas vidas, como a dor e o prazer. Essas dimensões, que escapam às formas de medições e de valores universais, são muitas vezes

ignoradas ao se tentar entender o processo de saúde das pessoas. O conhecimento científico e o saber técnico, centrados nos componentes objetivos e biológicos do corpo, devem aliar-se à compreensão mais ampliada do conceito de saúde (BRASIL, 2006a).

A educação física, historicamente, foi marcada por atender aos anseios do mercado. O curso, apesar de contemplar em sua base legal, a formação do profissional em ambientes escolares e não escolares, não absolveu esta proposta. Percebe-se, historicamente, a luta dos profissionais na desmistificação dessa função social da educação física, tão naturalizada pela sociedade na perspectiva de docilização e adestramento dos corpos.

Quelhas e Nozaki (2006) afirmam que, independente do campo de atuação do profissional, a docência e o elemento pedagógico representam o objeto central da formação em educação física. A fragmentação do curso ocorreu para atender aos anseios do mercado de trabalho, porém, ao permitir a cisão entre licenciatura e graduação, ocorre não somente a fragmentação do conhecimento a ser socializado no processo formativo, mas, sobretudo, a visão de totalidade do futuro trabalhador. A fragmentação impede a formação de um profissional polivalente com capacidade para atuar em várias funções.

Desta forma, defende-se aqui a formação do profissional de educação física de maneira integral para atuar em todas as áreas, inclusive na área da saúde, dentro de uma proposta coletiva, comunitária e de luta de classes. Defende-se a utilização da educação física por meio de suas práticas junto à comunidade, à população, numa perspectiva de que a mesma amplie sua qualidade de vida e autonomia para gerenciar suas vidas, seu processo de adoecimento e de reinvenção diária da saúde. Defende-se a formação de profissionais capazes de transformar a sociedade, por meio da valorização dos sujeitos, independente da faixa etária, suas histórias e do empoderamento dos mesmos para que se tornem transformadores do seu meio, ampliando sua capacidade de resiliência e produção de saúde.

5.3 Análise e discussão dos dados coletados junto aos profissionais de educação física

Dos 21 profissionais que participaram da pesquisa, 15 possuem formação em licenciatura plena pela Universidade Federal de Sergipe e 06 possuem licenciatura plena pela Universidade Tiradentes.

No que se refere ao tempo de formação, 13 profissionais possuem de 03 a 05 anos, 05 possuem entre 06 e 09 anos e 03 possuem entre 15 e 20 anos.

Com relação ao tempo de atuação na área da saúde, 09 profissionais apresentam tempo inferior a 01 ano de trabalho, 11 profissionais possuem entre 02 e 06 anos e 01 profissional possui acima de 20 anos.

5.3.1 Ações desenvolvidas pelos profissionais

Entre as ações desenvolvidas pelos profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade, a maioria refere-se à prática de ginástica aeróbica e localizada, alongamento e caminhada, conforme Quadro 10.

ENFOQUE	ATIVIDADE	FREQUÊNCIA /PESSOA
Exercício Físico e Treinamento	Ginástica localizada	09
	Ginástica aeróbica	10
	Reabilitação do movimento articular; Treinamento desportivo resistido da força; Fortalecimento muscular localizado; Treinamento desportivo do exercício aeróbio; Preparação física; Esportes; Exercício físico.	01
	Atividades físicas	03
Monitoramento	Aferição da pressão arterial	06
	Avaliação física	03
	Verificação da frequência cardíaca; Teste de caminhada.	02
Exercícios Preparatórios	Alongamento	09
	Aquecimento; Relaxamento.	01
Cultura do Movimento	Caminhada	09
	Recreação; Yoga; Corrida.	01
	Dança	02
Outros	Comemorações; Festas; Passeios; Eventos; Acompanhamento alimentício; Orientação aos estagiários; Administração do pólo.	01
	Palestras	02

QUADRO 10 – Atividades desenvolvidas pelos profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade, de acordo com a frequência das respostas, 2011.

As ações desenvolvidas pelos profissionais da Academia da Cidade encontram-se em conformidade com as atribuições do cargo, discriminadas em Edital para seleção do profissional e referem-se ao planejamento e execução de atividades, como: caminhadas, atividade localizada, alongamento, datas comemorativas, ministrar aulas práticas, fazer a classificação dos resultados no cartão de aptidão para entrega ao avaliado, participação nas ações de educação permanente, repassar os dados das avaliações mensalmente à Coordenação para implantação no banco de dados, registrar a frequência individual em cada sessão,

agendar e cobrar as avaliações físicas, zelar pelo material de avaliação, participar de reuniões mensais com a Coordenação Geral, coordenar o grupo de estagiários sob sua responsabilidade, efetuar inscrições e encaminhar as pessoas ao posto de saúde por meio de formulário de referência e contra-referência, dentre outras ações (Edital nº 01, de 07 de junho de 2010/SMS Aracaju).

Como ações desenvolvidas, foi relatado, por 01 profissional, o trabalho de integração social, atividades que proporcionam uma melhor saúde mental, ganho de flexibilidade, consciência corporal, ganho de capacidade aeróbia e qualidade de vida. Essas ações, apesar de terem sido consideradas como objetivos da proposta desenvolvida pelo profissional, refletem uma aproximação do mesmo às questões de saúde de uma forma ampliada.

Podemos perceber que as demais ações dos profissionais da Academia da Cidade relacionam-se às atividades nucleares pautadas na formação específica obtida em educação física, com base em um modelo tecnicista e biomédico. Conforme afirmam Anjos e Duarte (2009), a formação dos profissionais ocorre mediante um formato para prescrever segundo diagnósticos, avaliação e protocolos regidos por parâmetros puramente biológicos, porém o profissional de educação física deve apresentar uma atuação no âmbito da saúde que ultrapasse as práticas do modelo hegemônico, médico-centrado.

Considerando o conceito ampliado de saúde e de integralidade, os profissionais de educação física devem inserir suas práticas no contexto dos serviços e das necessidades de saúde da comunidade, integrando suas ações de acordo com o projeto terapêutico das equipes de saúde. Estas ações foram observadas no relato dos profissionais de CAPS.

Os mesmos afirmaram realizar ações de produção de saúde, auto-estima, motivação e prevenção em espaços públicos, com a proposta de inclusão social, utilizando-se das práticas corporais e atividades físicas específicas que respeitem a habilidade de cada usuário, com o objetivo de desenvolver potencialidades e a experimentação dos exercícios. Relataram, ainda, a realização de oficinas, grupos, atendimento, acolhimento, ações intersetoriais, ações de redução de danos, além de visitas domiciliares e discussão de casos.

Percebe-se que as práticas corporais, desenvolvidas pelos profissionais de educação física nos serviços de saúde mental, adaptam-se às necessidades dos usuários e ao processo de trabalho e de cuidado do serviço em que ele está inserido, sendo este o CAPS. As atividades representam um meio de desenvolvimento não só corporal para o usuário como também psicossocial, adequando-se à proposta de reabilitação de pessoas com elevado grau de comprometimento em decorrência de um transtorno mental grave.

Wachs e Fraga (2009) afirmam que o professor de educação física não está no serviço para realizar apenas atividades de esportes, ginástica, dança ou outra prática corporal associada a sua especificidade. Ele deve compor a equipe de saúde mental e realizar as especificidades do cuidar. Desta forma, o campo do saber/fazer da educação física não deve ser resumido ao repertório de atividades produzidas em seus ambientes clássicos (escolas, academias de ginástica, clubes etc.) e nem deve ser reproduzido de maneira descontextualizada dentro do CAPS.

Com relação aos profissionais que atuam na Secretaria de Estado da Saúde, estes relataram desenvolver ações na esfera da gestão em políticas públicas, fazendo supervisão, apoio institucional, monitoramento e avaliação no campo da saúde mental (CAPS, Residências Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos, etc.), apoio matricial, elaboração de projetos, capacitações e cursos junto aos profissionais de saúde que atuam nestes serviços, sem necessariamente utilizar-se do saber relacionado à sua formação específica.

A inserção do profissional na esfera da gestão em políticas públicas requer do mesmo uma atuação voltada para o planejamento de políticas, monitoramento das ações, acompanhamento do processo de trabalho, supervisão dos serviços, apoio aos gestores municipais, discussão, elaboração e pactuação de ações, ofertas e financiamentos em saúde para uma população em determinado território, necessitando do profissional conhecimento no que se refere a dados epidemiológicos, sociodemográficos e estatísticos voltados para as características da população, suas demandas e necessidades, as ofertas encontradas e acessadas no território, ao acesso à rede hierarquizada de serviços, conforme a sua complexidade, considerando para tanto a garantia dos princípios do SUS, como a equidade e a integralidade (MENDES JÚNIOR; BOMFIM, 2009).

No que se refere à clientela, alguns profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade relataram desenvolver as atividades com a comunidade, adultos e idosos.

Outros afirmaram realizar ações com a população, usuários, não usuários, grupo misto, obesos, hipertensos, diabéticos, cardiopatas, atletas e sedentários, percebendo-se, na maioria das respostas, o olhar para os sujeitos de acordo com a doença clínica apresentada ou seu condicionamento físico, reconhecendo, desta forma, a doença e não o doente. O usuário é classificado pela doença que ele apresenta, fator que limita as intervenções dos profissionais para o controle ou redução dos fatores de risco que os mesmos apresentam, dificultando o desenvolvimento de uma visão mais ampliada e integral do sujeito para além da doença e suas necessidades de saúde (biopsicossociais).

Os profissionais de CAPS afirmam realizar suas práticas com usuários de saúde mental, familiares e profissionais de saúde e os profissionais da gestão relataram desenvolver ações junto aos trabalhadores da área da saúde.

Ao relatarem desenvolver suas ações com familiares e profissionais, podemos perceber que o trabalho realizado pelos profissionais de CAPS ultrapassa a função de aplicação técnica de exercícios. O profissional adapta suas ações às demandas, ofertas e processo de trabalho da equipe no tratamento singular de cada usuário, incluindo e responsabilizando também a família no seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O usuário não deve ir ao CAPS e receber ofertas aleatórias, pontuais e fragmentadas pelas diversas categorias profissionais – consulta psiquiátrica, oficina, administração medicamentosa, participação em assembleia, etc. As ações elencadas em PTS devem ser propostas com base na sua história familiar, social, econômica, suas demandas, fragilidades, fortalezas e potencialidades, sendo trabalhadas como “pano de fundo” em todos os espaços do CAPS que o usuário possa transitar. Esse trabalho também requer a integração dos profissionais, interdisciplinarmente, por meio do desenvolvimento e acompanhamento integral do processo chamado de reabilitação psicossocial (FUNESA, 2011; SERGIPE, 2010).

Desta forma, observa-se que o trabalho do profissional de educação física é desenvolvido de acordo com a missão e o objeto de intervenção do serviço, sendo aplicado estrategicamente, após a realização de um planejamento (PTS) contendo o diagnóstico das necessidades e as ofertas terapêuticas, para realização de um cuidado efetivo e integral.

As ações do profissional de educação física não devem ser realizadas com um fim em si mesmas, com base no mito de que quem pratica atividade física possui saúde, sendo, conseqüentemente, considerado um objetivo auto-suficiente que não necessite de nenhuma outra integração com o processo em que o profissional esteja inserido (MEZZARROBA, 2012). Seja atuando no NASF, no CAPS, na Atenção Primária ou em qualquer outro lugar, as ações realizadas pelo profissional de educação física devem ultrapassar o seu repertório prático de atividades e integrar-se à dinâmica do serviço, ampliando sua clínica e visualizando os sujeitos na sua integralidade (BRASIL, 2009; CARVALHO, 2001, 2005, 2006).

Ampliar a clínica significa ampliar também o olhar e o objeto de trabalho dos profissionais. Apesar de serem formados para identificar e lidar com as doenças, epidemias, etc. esses problemas sociais acontecem em pessoas. Logo, o objeto de trabalho de qualquer profissional de saúde deve ser a pessoa ou grupos de pessoas, por mais que o núcleo profissional ou a especialidade sejam bem delimitados. Nessa perspectiva, o conceito de

atenção integral representa uma contribuição importante na organização do processo de trabalho, de forma a afastar o risco da fragmentação (BRASIL, 2009).

A fragmentação, enquanto prática vigente no modo tradicional dos sistemas de saúde, está presente no modo de agir dos profissionais em reduzir o usuário a um mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida (BRASIL, 2009; ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; MACHADO et al., 2007).

Os profissionais da gestão não desenvolvem suas ações junto à comunidade. Porém, seu trabalho está diretamente relacionado à formulação, estímulo, desenvolvimento e implementação de políticas junto aos trabalhadores e gestores municipais em consonância com as políticas fomentadas pelas esferas estadual e federal, na garantia da efetividade das ações e serviços prestados pelos profissionais de saúde à população. Desta forma, percebe-se que as ações demandam dos profissionais um conhecimento específico que ultrapassa os adquiridos na sua formação específica, voltando-se para a área da gestão em políticas públicas (MENDES JÚNIOR; BOMFIM, 2009).

5.3.2 Articulação das ações dos profissionais com as equipes e serviços

Com relação à articulação com as equipes de saúde do território, dos 16 profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade, apenas 01 profissional afirmou não existir nenhuma articulação, sendo um dos motivos a falta de iniciativa entre as partes.

Porém, 03 profissionais responderam de forma equivocada quanto à existência de articulação: 01 ao afirmar que o Programa é coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde e UFS, 01 ao relatar que o programa faz parte das atividades desenvolvidas pela Secretaria Municipal e 01 ao afirmar que a articulação depende de algumas atividades e projetos sociais, sem justificar a resposta.

A Academia da Cidade é um programa incentivado pelo Ministério da Saúde e desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em parceria com a UFS. Desta forma, a articulação entre os profissionais de saúde que atuam no território e que fazem parte do mesmo órgão gestor (SMS) não está assegurada, por esse motivo.

Três profissionais responderam que a articulação ocorre, parcialmente, tendo como justificativas: o fato de que apenas os médicos e agentes de saúde fazem encaminhamento; a participação dos profissionais da Academia em palestras na Unidade

Básica de Saúde; e o pouco tempo disponibilizado para realizar ações em articulação com a rede.

Obtivemos, ainda, como respostas que a articulação acontece para servir melhor ao usuário (03), que o trabalho serve para captação de usuários e inserção no programa (03), que a articulação ocorre devido aos encaminhamentos realizados pelos médicos e agentes comunitários (02), pelo fato das aulas acontecerem na própria Unidade de Saúde (01) e 01 profissional relatou que a articulação ocorre somente pela Academia da Cidade, sem justificar sua resposta.

A articulação entre os profissionais da Academia da Cidade e os serviços de saúde possibilita a realização de um cuidado integral, por meio da discussão de ações que beneficiam o usuário de forma conjunta, com base no mesmo Projeto Terapêutico, evitando, com isso, a fragmentação, desresponsabilização dos profissionais ou desassistência do usuário. Nesta perspectiva, os encaminhamentos e, até mesmo, o fato dos integrantes trabalharem no mesmo espaço físico não garantem a efetivação de uma articulação e cuidado interdisciplinar e integral entre as equipes.

Nesta perspectiva, Pozena e Cunha (2009), ao realizarem um programa de atividades físicas junto à comunidade, ressaltam a necessidade de adesão e valorização dessas práticas pelos profissionais das Unidades de Saúde. Os autores relatam a importância do fortalecimento das políticas públicas, com ações de integração social e humanização dos atendimentos nas unidades de saúde, objetivando a promoção e prevenção em saúde, sem, contudo, desconsiderar as ações curativas, citando como possibilidades de intervenção a identificação da demanda reprimida existente e a análise dos prontuários da clientela.

É importante perceber que o trabalho articulado entre os profissionais da Academia da Cidade com as Unidades Básicas de Saúde ou qualquer outro serviço que componha a rede intrasetorial ou intersetorial possibilitará, não somente a ampliação do olhar para as necessidades da população, como também aproximará e ampliará a atuação das equipes envolvidas, na medida em que as mesmas possam planejar ações, estudar o perfil epidemiológico do seu território, monitorar os trabalhos e avaliar os resultados (BRASIL, 2009).

A integralidade deve ser considerada como forma de ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas. Os profissionais devem adotar posturas antecipativas na maneira de planejar e de produzir saúde, organizando suas práticas de forma orientada pelas necessidades da população, criando estratégias para equilibrar a demanda espontânea com a programada, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde e construindo políticas

de enfrentamento de problemas e necessidades de saúde de grupos específicos. Ela deve ser vista enquanto processo em construção e as equipes de saúde de família devem ser reconhecidas como campo fértil para o fomento de uma atenção integral (BRASIL, 2009).

É nesta perspectiva que se pensa um trabalho articulado, no sentido de olhar para o seu território, para o seu mapa sanitário, realizar ações que prevejam, previnam e promovam acesso e a qualidade na assistência a toda e qualquer população. Esse trabalho reflete claramente o objetivo do princípio da integralidade, articular as ações dos profissionais, a forma como eles projetam um olhar para o território, planejam, executam, conhecem sua clientela, reconhecem seus riscos, vulnerabilidades e necessidades (FUNESA, 2011).

Essa discussão também nos leva a pensar na necessidade urgente da utilização do próprio conceito de integralidade, partindo das Universidades, nos modos de estimular e realizar articulação com seus diversos setores, departamentos e colegiados e, intersetorialmente, com as diversas instituições que empregam seus alunos no mercado de trabalho. Tais instituições conhecem e demandam por um novo perfil de profissional, diferente do que é tradicionalmente formado. Os SUS com seus serviços de saúde demandam por um profissional formado para atuar interdisciplinarmente, conhecendo a rede e trabalhando em parceria. Um profissional que disponha de um olhar crítico para os problemas sociais, sabendo que estes influenciam na saúde das pessoas, como a falta de moradia adequada, o abuso sexual entre familiares, o abuso do álcool e outras drogas, a violência familiar, gravidez na adolescência, dentre outras questões, reconhecendo as mesmas como determinantes da saúde das pessoas. Tais fatores devem ser considerados no momento do acolhimento, no momento de construção do PTS e não somente a escuta de queixas, sinais ou sintomas de maneira pontual e descontextualizada (CARVALHO; 2005; CARVALHO; CECCIM, 2006; FUNESA, 2011).

Para Silva e Sena (2006), a integralidade deve ser compreendida no decorrer de todo o processo de formação dos profissionais, com base em um referencial crítico-reflexivo que permita ao aluno uma aquisição de competências e habilidades que assegurem o agir voltado para o ser humano na sua subjetividade.

As instituições de ensino devem formar profissionais que desenvolvam a capacidade de olhar para a rede e seu funcionamento e não somente para as suas ações isoladas e nucleares. O profissional deve conhecer as ofertas presentes em seu território e os serviços que podem funcionar em parceria, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Conselho Tutelar, a Escola, o Ministério Público, entre outros e reconhecer

esta ação como ato de saúde, pois garantirá a assistência necessária àquele problema social que está comprometendo a sua saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006; FUNESA, 2011).

Carvalho e Ceccim (2006) afirmam que, para ser um profissional de saúde é necessário tanto o conhecimento científico, tecnológico, como também conhecimentos de natureza humanística e social relativos ao processo de cuidar, no desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, na formulação e avaliação de políticas e na coordenação de sistemas e serviços de saúde, representando algo dinâmico e imprevisível por envolver o contato e as relações entre as pessoas, algo impossível de ser praticado em uma sala de aula.

Desta forma, pode-se questionar que formação é essa que habilita o profissional para tratar doenças e problemas de saúde em geral, mas não o sensibiliza para reconhecer os motivos que ocasionam esse adoecimento, diretamente relacionados aos modos de vida e das relações estabelecidas entre as pessoas. O profissional acaba centrando suas ações na investigação da doença e não se interessa em conhecer, acolher o doente e sua história, a fim de se chegar mais facilmente à conclusão do motivo pelo seu adoecimento.

Com essa discussão, podemos pensar na simples, mas importante hipótese de que se as instituições de ensino formassem seus alunos de acordo com as necessidades da população e dos serviços de saúde, o SUS e o campo crescente da Saúde Coletiva teriam outras preocupações em atingir o cumprimento dos seus princípios – universalidade, equidade e integralidade - no atendimento às necessidades de saúde da população, com eficiência e eficácia, reduzindo (não acabando), conseqüentemente, seus gastos com educação permanente para aproximação dos profissionais à dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Conforme afirmam Carvalho e Ceccim (2006) é comum escutar de alguns estudantes, em fase de conclusão de curso, a falta de preparo para iniciação da vida profissional, assim como ouvir dos profissionais de saúde a insatisfação e falta de realização com o trabalho que desenvolve, ao passo que a população não aprova o funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde. Essas problemáticas devem-se ao distanciamento entre a formação e atuação profissional com as necessidades e problemas de saúde da população e dos serviços. O ensino ainda é centrado na figura do professor, no livro-texto, na memorização de conteúdos desconectados das experiências cotidianas vivenciadas pelos profissionais nos serviços de saúde. O currículo, a construção do conhecimento e a interação de saberes ainda estão distanciados das práticas interprofissionais assim como ainda persiste a falta de comunicação entre os gestores do ensino e os gestores do sistema de saúde.

Ainda com relação à articulação, dos 03 profissionais de CAPS, 02 relataram o desenvolvimento de tal prática, informando a realização de matriciamento com as equipes, principalmente com os agentes comunitários de saúde, justificando que esses profissionais representam o elo com a comunidade, por estarem mais próximos da população e, conseqüentemente, facilitando a sua aproximação. Outro profissional relatou não ter pensado na possibilidade de realizar a articulação com as equipes.

O matriciamento, citado pelo profissional, como ação que faz parte do seu campo de atuação (saúde mental) e não do seu núcleo de competências (educação física), representa uma ação de empoderamento dos profissionais responsáveis pelo cuidado ao mesmo usuário que acessa a rede, por meio de encontros periódicos para discussão de casos, acompanhamento a curto, médio e longo prazo, pactuações e a própria responsabilização pelo cuidado de forma integral, considerando o mesmo Projeto Terapêutico Singular do usuário, desenvolvido e acompanhado entre as equipes (CAMPOS, 2000; CAMPOS; DOMITTI, 2007; CAMPOS; NASCIMENTO, 2007).

Os profissionais que trabalham na gestão afirmaram que as ações são desenvolvidas com base no cuidado e na articulação em rede. Conforme afirmam Mendes Júnior e Bomfim (2009), o trabalho desenvolvido pela gestão tem a finalidade de orientar e monitorar o funcionamento dos serviços, o processo de trabalho das equipes e o próprio funcionamento do sistema, com ações que envolvem o ato de planejar, avaliar e monitorar a rede de assistência em saúde. A gestão tem a tarefa de facilitar o processo de trabalho dos serviços e das equipes no que se refere à identificação de problemas e necessidades relacionadas às doenças, agravos, incapacidades e infelicidades que impedem as pessoas de viver mais e melhor.

Desta forma, não compete ao usuário percorrer todos os serviços para assegurar a resolução das suas necessidades de saúde, responsabilizando-se unicamente pela garantia da sua assistência. O princípio da integralidade prevê esta ação partindo do compromisso ético das equipes de saúde. Os serviços devem funcionar em rede, com fluxos estabelecidos, pactuados e utilizados pelas equipes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MACHADO, et.al., 2007; MATTOS, 2004)

Neste sentido, é evidente a importância do trabalho desenvolvido em conjunto entre os profissionais de saúde, tendo em vista que o usuário faz parte e acessa os equipamentos que fazem parte do mesmo sistema de saúde, não sendo mais aceitável, devido à falta de comunicação e de trabalho em rede, que o usuário tenha que percorrer todos estes

serviços, traçando costuras possíveis para a garantia da resolução das suas necessidades de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MACHADO, et.al., 2007).

No que se refere à existência de um planejamento e a sua organização, todos os profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade relataram planejar as suas ações, porém a maioria das respostas relaciona-se ao plano de aula desenvolvido diariamente ou mensalmente, destacando as ofertas das atividades, como treinamento resistido de força para emagrecimento, fortalecimento e orientação nutricional, planejamento das aulas por grupamento muscular, caminhadas e organização de eventos. Somente 03 profissionais relataram que desenvolvem um planejamento de acordo com as necessidades e possibilidades dos usuários.

Neste sentido, não foi relatada nenhuma integração entre profissionais da Academia da Cidade e equipe de saúde na construção de um planejamento com definição de ações e metas entre os profissionais.

Dos profissionais dos CAPS, 01 relatou, sem detalhamento, que o planejamento existe de acordo com as normas da instituição. Houve também 01 relato de que o planejamento é feito de acordo com as expectativas dos usuários, por meio de uma conversa que ocorre mensalmente com os participantes, considerando as atividades internas e externas. Outro profissional afirmou que o planejamento ocorre apenas para algumas ações, como as oficinas e o acolhimento.

Os profissionais que atuam na gestão relataram que o planejamento ocorre de acordo com as ações, prazos e com as necessidades e especificidades de cada serviço e seu território, com uma avaliação trimestral. Um dos profissionais afirmou que o planejamento ocorre para a viabilização do seu trabalho de supervisão.

As práticas corporais/atividade física devem acontecer em consonância com as práticas de saúde em geral, contribuindo com o fortalecimento do controle social, a construção de redes de cuidado integral, a integralidade e transversalidade das políticas de saúde e de acesso aos serviços. Elas devem representar novas possibilidades de organização e de manifestação de produção de saúde (BRASIL, 2009).

Com relação à realização de reuniões de equipe, todos os profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade afirmaram a existência de reuniões, sendo que 10 relataram a ocorrência quinzenalmente e 06 mensalmente.

No que se refere às pautas, 11 profissionais relataram discussão de problemas e dificuldades, 07 referiram-se à discussão do processo de trabalho, 04 afirmaram que a reunião ocorre para avaliação do projeto, 02 relataram o estabelecimento de metas, 02 devido à

logística, 04 referiram a organização de eventos e 01 relatou que a reunião ocorre para discussão das ações inter-pólos e entre parceiros.

Os profissionais dos CAPS relataram a existência das reuniões de equipe semanalmente para discutir sobre o andamento e a organização do serviço, discussão de casos, atividades ofertadas e assembléias do serviço.

No que se refere aos profissionais da gestão, estes responderam que as reuniões ocorrem semanalmente para apresentação e discussão das problemáticas levantadas nos serviços de saúde mental, orientações para fortalecimento das ações e articulações com toda a rede e divulgação de informações entre o grupo no que se refere aos serviços visitados e suas demandas.

Percebe-se que os profissionais da Academia da Cidade utilizam as reuniões para discussão de questões burocráticas relacionadas ao processo de trabalho enquanto que os profissionais de CAPS e da Gestão utilizam não só para as questões relacionadas à organização do serviço como também para as questões que dizem respeito ao desenvolvimento do cuidado realizado junto à sua clientela.

Desta forma, além das diversas questões elencadas pelos profissionais, as reuniões de equipe possibilitam a sua integração no desenvolvimento da co-gestão entre os profissionais, transpondo o modelo verticalizado e ainda dominante colocado entre as categorias profissionais.

5.3.3 Contribuição da formação acadêmica para a atuação em saúde coletiva

Foi perguntado aos profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade se a sua formação acadêmica contribuiu para sua atuação na área da saúde coletiva. Obtivemos 10 respostas afirmativas, sendo que 08 profissionais citaram como benefícios da formação para atuação na área o conhecimento teórico e prático dos exercícios, o funcionamento do organismo e as disciplinas de cunho biológico e fisiológico, conforme a fala de P14:

“Com a contribuição de disciplinas, como: prevenção e saúde na atividade física, cinesiologia e metodologia do treinamento desportivo fica mais fácil o entendimento dos aspectos fisiológicos envolvidos na atividade física em diversos grupos” (P 14).

Destacam-se as falas de 02 profissionais que responderam positivamente à pergunta, justificando que a matriz curricular dispõe de disciplinas que abordam tanto os aspectos biológicos como psicossociais e que o conhecimento apreendido na universidade é pouco explorado, porém alguns professores estimulam os alunos para a pesquisa e inserção em projetos sociais.

Percebe-se nestes exemplos que, apesar da ênfase na matriz curricular, em disciplinas de cunho biológico e escolar, as disciplinas em menor número que abordam aspectos sociológicos, pedagógicos e psicossociais despertam ou sensibilizam os profissionais para estas questões e, conseqüentemente, na sua postura e prática diária. Nesta perspectiva, a postura do professor de acordo com a sua linha de trabalho e de incentivo à pesquisa são aspectos que também podem ser considerados relevantes no processo de formação dos profissionais.

Apenas 03 profissionais afirmaram que a formação não contribuiu para a sua prática na área, relatando que a mesma foi deficiente, contribuindo apenas para atuação em escolas e academias e informando que as disciplinas retratavam a parte prática, como aferição da frequência cardíaca e da pressão arterial. Dois profissionais afirmaram a importância da pós-graduação, estágios e das práticas cotidianas para sua atuação na área e 01 profissional respondeu que as discussões a respeito da área, quando existiam, eram pouco aprofundadas, sentindo falta de disciplinas como Saúde Coletiva, Epidemiologia e ações práticas orientadas para grupos comunitários.

Dos profissionais de CAPS, obtivemos 01 resposta positiva, afirmando que a formação ocorreu por meio da relação atividade física e indivíduo, 01 respondeu que a contribuição se deu parcialmente, devido à presença no currículo de uma disciplina que tratava de atividades físicas para pessoas com necessidades especiais e 01 profissional respondeu de forma negativa, alegando que a formação, apesar de ter sido em Licenciatura, formava os alunos para duas áreas distintas: a educação e o *fitness*.

No que se refere aos profissionais da Gestão, 01 afirmou que apenas a experiência adquirida na área contribuiu para a formação e 01 profissional respondeu que, mesmo tendo uma formação voltada para o ambiente escolar, ocorreu a necessidade de se estudar sobre saúde, conforme relato:

“A minha formação foi em licenciatura plena, com isso o foco era o ambiente escolar apenas, então compreendendo que mesmo para desempenhar atividades na escola teria que compreender sim o objeto saúde e por ter trabalhado com grupos especiais, a exemplo de crianças com síndrome de down e pessoas com transtornos mentais, onde pude perceber as inúmeras necessidades de saúde desses indivíduos,

busquei na saúde coletiva o leque de informações para o aprimoramento das minhas atividades, a partir de cursos de especialização, seminários e fóruns” (P 21).

Este relato nos leva a pensar que, mesmo inserido no ambiente escolar, o profissional de educação física deve apresentar uma visão ampliada para as questões de saúde de clientela (infância e adolescência) que faz parte do processo ensino-aprendizagem, realizando ações que venham a despertar a percepção e consciência corporal, das formas de adoecer, relacionadas aos determinantes sociais, bem como a valorização e o desenvolvimento de práticas corporais e hábitos de vida saudável, associados às questões relacionadas à promoção da saúde e aos ganhos de qualidade de vida.

Dezesseis profissionais que participaram da pesquisa relataram a ausência de disciplinas específicas que abordassem o tema saúde coletiva. Alguns deles referiram-se às disciplinas Componentes Funcionais da Atividade Física, Prevenção e Segurança da Atividade Física e Tópicos Especiais em Educação Física, porém enfatizando a discussão de temas, como obesidade, diabetes e hipertensão arterial. Um dos profissionais relatou que só teve conhecimento da área a partir da sua inserção no campo da saúde mental.

A educação física recebeu contribuições de estudos médicos, com base no modelo biomédico, que determinaram, por muito tempo, o modelo de formação dos profissionais, focado na doença e procurando explicar cientificamente os possíveis benefícios anátomo-fisiológicos proporcionados pela ginástica, sendo, portanto necessário ampliar o perfil de formação do profissional (MAGALHÃES, 2005; QUELHAS; NOZAKI, 2006).

Para a saúde coletiva, a formação profissional em saúde deve implicar-se em aproximar os estudantes ao seu objeto de trabalho, ou seja, as práticas cuidadoras que proporcionem uma melhor saúde individual e coletiva para um melhor desenvolvimento e efetivação de um sistema de saúde. Neste sentido, é imprescindível a coerência entre a formação, as exigências esperadas de atuação profissional e a necessidade de democratização da participação e do acesso da sociedade à educação e à saúde. A qualidade da formação deve estar implicada com o papel social e político do trabalho em saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006).

5.3.4 Facilidades e dificuldades relatadas pelos profissionais para atuar na saúde coletiva

Dos profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade 12 relataram a existência de alguma dificuldade, porém nem todas relacionadas à sua formação em educação física para atuar na prática, como: dificuldades na logística devido à falta de material

suficiente para desenvolver as atividades, dificuldade na relação interpessoal, na administração do pólo, na falta de reconhecimento do curso e na falta de experiência na área.

No que se refere às dificuldades relacionadas à formação, 05 profissionais relataram o pouco detalhamento nas disciplinas cursadas com relação à prescrição de exercícios voltados para grupos específicos (hipertensos, diabéticos, etc.) e temas como nutrição, geriatria, patologias osteomusculares e prescrição de exercícios para doenças crônicas. Relataram ainda a necessidade de criação de laboratórios destinados às disciplinas que abordam o aspecto biológico da educação física, como um laboratório de fisiologia do exercício, com a produção de trabalhos científicos e aquisição de aparelhos.

Quanto à falta de reconhecimento do curso como integrante da área da saúde, existe ainda pouco entendimento pela sociedade de que o profissional de educação física, inserido em equipes de saúde, possa realizar intervenções que ultrapassem a aplicação de exercício físico, voltando-se para o desenvolvimento de práticas corporais contextualizadas com a perspectiva de desenvolvimento social do usuário como sujeito autônomo no seu processo de produção de saúde.

Percebe-se também a dificuldade que o profissional tem em reconhecer o indivíduo de forma integral, necessitando de disciplinas que abordem, especificamente, as doenças e os exercícios direcionados para cada patologia, conforme a afirmação a seguir:

“... tinha várias dúvidas e medos de como fazer um trabalho para a população tendo uma gama de doenças misturadas de uma vez só e tendo que atender a todo mundo de uma só vez” (P 02).

Um profissional relatou o direcionamento da formação a determinados campos de atuação da área, conforme a legitimidade social e do mercado, em detrimento do campo da saúde coletiva ainda pouco conhecida e outro profissional afirmou a dificuldade no trabalho integrado com as equipes de saúde, conforme relato:

“Dificuldade de realizar uma integralidade entre as ações no meu campo de atuação com a Unidade Básica de Saúde” (P 09).

Com este último relato, podemos observar que alguns profissionais da Academia da Cidade percebem com mais facilidade as peculiaridades do seu trabalho quando desenvolvido junto à comunidade, com a necessidade de articular suas ações às necessidades dos usuários. Percebe-se, de maneira tímida, a manifestação da necessidade do profissional articular o seu trabalho para atender melhor aos anseios da sua clientela, como também o

estabelecimento do vínculo e das relações, ainda pouco significados, mas com sua devida importância reconhecida pelo grupo, o que nos leva a reconhecer a necessidade de discussões mais abrangentes com os profissionais da Academia da Cidade no que se refere ao campo em que os mesmos estão inseridos, sendo este o da Saúde Coletiva.

Ministrar aulas de educação física não significa simplesmente medir e avaliar as capacidades físicas das pessoas, aplicar cargas de peso, demonstrar técnicas de movimento e, muito menos, aferir melhoras no rendimento físico ou no aspecto estético. O papel do profissional deve sobressair-se ao de instrutor de atividades e promover na comunidade discussões acerca das formas de se relacionar com seu corpo, sua própria saúde, seus determinantes, e conseqüentemente, promover mais saúde, autonomia e qualidade de vida nos sujeitos (CARVALHO; FREITAS, 2006).

Os profissionais de CAPS afirmam também ter passado por dificuldades para atuar na prática, decorrentes do modelo de formação e da falta de abordagem da educação física com a área da saúde mental, como relatos a seguir:

“[...] precisei buscar exemplos de atuações em artigos científicos e obras que tratassem do assunto para fundamentar minhas práticas” (P 17).

“Com relação à minha prática na SM, a minha formação biologicista dificultou inicialmente a minha visão ampliada do indivíduo” (P 18).

O cuidado realizado pelos profissionais dos CAPS ultrapassa as questões da clínica tradicional - atendimento individual, na definição ou enquadramento da pessoa dentro de um CID específico e, posteriormente, na escolha da medicação recomendada para sua patologia. Estes compreendem e realizam a clínica de maneira diferenciada, apresentando novas possibilidades de reinventá-la, vinculando com o usuário, acolhendo, escutando, construindo novas formas de relações com pessoas que, na maioria das vezes, passaram por longos períodos de internação, sem o direito de existir, de se expressar e de ser escutado, processo este imprescindível para que o sujeito se perceba no mundo e perceba suas necessidades.

Um dos profissionais que atua na Gestão relatou a dificuldade no reconhecimento do profissional de educação física como parte do quadro de profissionais da área da saúde, sendo capaz de discutir questões relacionadas às necessidades de saúde e atuar no Programa de Saúde da Família.

“A dificuldade que encontramos está relacionada ao entendimento da importância do profissional de educação física como parte do corpo de profissionais de saúde em geral, de ser visto como o profissional que compreende e é capaz de discutir as necessidades de saúde, de fazer parte dos programas de saúde da família não sendo meramente a figura que faz atividade física porque relaxa e é divertido” (P 21).

No que se refere às facilidades do curso com relação à atuação prática, 06 profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade relataram alguma facilidade na familiaridade com disciplinas voltadas ao aspecto biológico da educação física, conforme as falas:

“O próprio conhecimento da anatomia (disciplina), fisiologia do exercício e experiências práticas anteriores na mesma área” (P 11).

“Avaliação física e prescrição de exercício para pessoas normais (com ausência de doenças crônicas)” (P 16).

Por meio deste relato, podemos observar o caráter dominante do conceito de saúde relacionado à normalidade e à ausência da doença, sendo o seu contrário considerado como patológico. O normal e o patológico são diferenciados de forma quantitativa, tanto para questões orgânicas como mentais e a doença representa a falta ou o excesso de algo considerado abaixo ou acima do normal. Porém, devemos entender que a saúde representa uma experiência subjetiva, que diz respeito à vida das pessoas e que a experiência da saúde envolve também a possibilidade do adoecer. A saúde está relacionada ao conceito de resiliência, ou seja, a capacidade que cada pessoa tem de enfrentar e superar os percalços da vida. Desta forma, vivemos com saúde, equilibrando constantemente nosso organismo com relação às anomalias, tensões e desconfortos sentidos e que nem sempre podem ser visualizados ou detectados pelos profissionais de saúde. Normalidade não significa ter saúde e anomalia não é sinônimo de doença. As pessoas associam o conceito do normal ao que é considerado desejável ou aceito pela sociedade (BRASIL, 2005).

A possibilidade de estagiar no próprio programa da Academia da Cidade foi relatada por 03 profissionais como facilidade para atuação na área. O conhecimento adquirido após a sua formação foi relatado por 02 profissionais e 04 responderam não existir facilidades com relação à formação para atuação neste campo.

Quanto aos profissionais de CAPS, 02 deles relataram a facilidade em lidar com os conteúdos da educação física, como lazer e esporte e 01 não conseguiu identificar nenhuma facilidade. Os profissionais da Gestão não responderam à pergunta.

Ao serem questionados sobre como os profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade avaliam o seu preparo para atuar nesta área (escala: muito bom, bom, regular e ruim), 07 profissionais responderam com o conceito muito bom e 07 com o conceito bom, tendo como justificativa maior a experiência adquirida diante do tempo de atuação na área (não escolar), pesquisas realizadas, estágios e a inserção em cursos de pós-graduação, como podemos observar nas falas:

“Bom. Mesmo tendo uma formação deficitária, a busca por literatura específica e o empenho para executar as atividades contribuem para um bom desempenho geral” (P 09).

“Muito bom. Através de cursos e capacitações envolvendo áreas diversas, construindo um arcabouço de conhecimento multidisciplinar” (P 14).

“Bom. Se dependesse da minha formação acadêmica não estaria atuando na área da saúde coletiva, realizando palestras nos postos de saúde para médicos, enfermeiros e agentes de saúde. Para tal, contei com uma pós-graduação em fisiologia do exercício, pesquisas em internet, livros, consulta a professores, estágio no SESC, dentre outras, que deram um mínimo de bagagem para atuar na área” (P 05).

Apenas 01 profissional avalia seu preparo como regular, pela necessidade de conhecer outras práticas corporais sobre relaxamento e musicalidade. Destaca-se, ainda, a resposta de 01 profissional ao se referir especificamente à contribuição da formação para o seu preparo na área:

“Muito bom. Pois tudo o que vi na faculdade é o que na prática é pedido” (P 10).

Os profissionais de CAPS também responderam com os conceitos muito bom e bom, justificando o seu desempenho pela dedicação, leituras e envolvimento com profissionais de diversas áreas.

Com relação aos profissionais da Gestão, os mesmos relatam que o seu preparo se deve às atualizações sobre a área, às trocas de saberes com outros profissionais e à participação no processo de trabalho e nas ações de saúde mental.

Quando perguntado sobre o que motivou a sua atuação na área da saúde coletiva, dentre os profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade, 07 relataram a oportunidade de emprego na área, 04 relataram a identificação com a área da saúde e os demais relataram a experiência na área da saúde (academia e trabalho com 3ª idade),

familiaridade com as disciplinas de cunho biológico, boa remuneração e por gostar de trabalhar com a população, conforme relatos a seguir:

“Preferência pela área de estudo e aproximação ideológica por projetos que objetivam uma atuação no campo de transformação social” (P 06).

“A necessidade de ver a educação física de uma forma diferente” (P 09).

“Gosto de trabalhar com essa população, é muito gratificante ver que o trabalho que nós desenvolvemos lá ajuda a elas, seja psicologicamente ou fisicamente” (P 07).

“Identificação com a ideia de atividade física e uma vida ativa como verdadeiro programa de saúde preventiva” (P14).

Apesar da pouca familiaridade dos profissionais da Academia da Cidade com ações que dizem respeito ao campo da Saúde Coletiva, podemos observar nas suas falas a percepção de que a educação física possui uma importante função social, apesar de pouco explorada, quando aplicada junto à comunidade.

Dos profissionais de CAPS e da Gestão, 02 relataram como motivação o conhecimento e afinidade pela área, a necessidade de emprego relatada por 01 profissional e a possibilidade de ampliação dos conhecimentos relatada por 02 profissionais, conforme comentários a seguir:

“O que mais me instiga nessa área é a possibilidade de troca de conhecimentos com outros profissionais, o “fazer” coletivo, a ampliação do olhar frente aos nossos usuários” (P19).

“O fato da saúde coletiva proporcionar possibilidades amplas de cuidado, desde a promoção à prevenção, bem como a reabilitação biopsicossocial, tudo isso ajustado aos esforços da comunidade e dos profissionais de saúde” (P 21).

Os profissionais não desenvolvem suas práticas enrijecidas de acordo com suas competências de formação. O processo de trabalho preconiza a realização de uma clínica ampliada, humanizada e singularizada que ultrapassa a formação em saúde voltada para o modelo biomédico com ações focadas na doença e não no doente e sua história. As ações favorecem a ampliação do campo de atuação dos profissionais e conseqüentemente a sua capacidade cuidadora e criativa.

Foi relatada pela maioria dos profissionais e ex-profissionais da Academia da Cidade a busca por outros recursos para dar suporte à sua atuação na Saúde Coletiva, quais sejam: 11 profissionais relataram a busca por pós-graduações, sendo 06 na área de Fisiologia

do Exercício, 01 na área de Treinamento Desportivo e Performance Humana, 02 na área da saúde e 02 não especificaram. Em frequência menor os profissionais relataram a realização de cursos (03 pessoas), capacitações (03 pessoas), leituras (03 pessoas), experiência na área de academia e pesquisas no campo da saúde coletiva, conforme comentários a seguir:

“Sim. Capacitações e cursos para aprimorar e atualizar as aulas e lendo a respeito de doenças para melhor atender ao público e possibilitar palestras para que esse público tivesse um melhor entendimento a respeito do funcionamento da saúde e o cuidado com ela” (P 02).

“Cursos de capacitações e pós-graduação em áreas, como: acupuntura, nutrição, RPG, Yoga, tai-chi-chuan, treino funcional, etc” (P 14).

Percebe-se o caráter determinante da influência do curso de Licenciatura em Educação Física e sua matriz curricular pela procura dos profissionais por especializações com foco no modelo biológico e tecnicista, sem que ocorra a exploração por outras áreas do conhecimento, como a Saúde Coletiva.

Isto provoca como consequência, o distanciamento destes profissionais para com a sua área de atuação, sendo esta a saúde das pessoas e da comunidade, dentro de um contexto coletivo que proporciona o desenvolvimento de sujeitos críticos, autônomos e reflexivos para com o seu modo de viver, reconhecendo as práticas corporais como fator que influencia na sua saúde e qualidade de vida.

A cultura tradicional das Universidades em formar profissionais para a área escolar, de academias ou esportes impede que os profissionais de educação física reconheçam a possibilidade de sua inserção e atuação no campo da Saúde Coletiva.

Os profissionais de CAPS e da Gestão, por estarem mais próximos das discussões do campo da Saúde Coletiva, relataram a procura por cursos e participação em palestras (03 profissionais), congressos, leituras e seminários (02 profissionais) e em frequência menor foram relatados a realização de capacitação, pós-graduação em nível de especialização em saúde coletiva e mestrado em saúde.

Com o intuito de ampliar o preparo do profissional de educação física na graduação, para atuar de forma mais consciente e interativa na área da saúde coletiva, 12 deles sugeriram a inclusão de disciplinas sobre saúde coletiva, 07 sugeriram a abertura de estágios supervisionados em serviços de saúde, como hospitais, CAPS, Unidades Básicas de Saúde, NASF, ambulatórios especializados, etc. e, em menor frequência, a inserção de professores que abordem assuntos relacionados à saúde coletiva durante a graduação, eventos

como seminários e congressos organizados pela universidade, referentes ao tema e a aproximação entre os departamentos.

Podemos observar a necessidade de comunicação e integração entre os cursos da saúde na fala dos profissionais da Academia da Cidade (P 06 e P 07):

“... apresentação do tema em palestras organizadas pela Universidade, aproximação entre os departamentos para discutirem a multidisciplinaridade dentro do campo da saúde coletiva” (P 06).

“Que existissem disciplinas teóricas assim como práticas voltadas para o trabalho conjugado dos profissionais de Educação Física e as UBS – Unidades Básicas de Saúde” (P 07).

Percebe-se, também, por meio da fala de um profissional (P 19), a necessidade de que a formação em educação física se aproxime da formação em saúde, de acordo com o princípio da integralidade e com base no conceito de saúde ampliado.

“Acredito que a formação em educação física para atuar na saúde coletiva deva se aproximar da educação em saúde, entendendo os sujeitos de maneira integral, percebendo os múltiplos fatores que influenciam na formação desses sujeitos (biopsicossocial). Entendendo “corpo” e movimento humano como elementos existenciais e complexos que não dependem somente de fatores biológicos” (P 19).

De acordo com o Art. 3º das Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Educação Física (Resolução nº 7, de 31 de março de 2004):

“a educação física é uma área de conhecimento e de intervenção acadêmico-profissional que tem como objeto de estudo e de aplicação o movimento humano, com foco nas diversas formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, nas perspectivas de prevenção de problemas de agravos da saúde, promoção, proteção e reabilitação da saúde [...]”

Nesta perspectiva, enquanto área que dispõe de um campo vasto de atuação a Universidade deve proporcionar a formação de profissionais que, independente da sua área de atuação, sejam capazes de reconhecer as pessoas dentro da sua integralidade, como sujeitos que fazem parte de uma sociedade, de uma comunidade e que para dispor de saúde e qualidade de vida (conseqüentemente vivendo em ambientes saudios e minimizando as diversas formas de adoecimento) não necessariamente precisam se manter em forma, ou constantemente ativos, somente.

Os profissionais de saúde, incluindo o da educação física, devem evitar práticas isoladas, focadas em seus núcleos de competências e atuação, passando a visualizar as necessidades de saúde das pessoas dentro de um contexto ampliado, reconhecendo a importância das outras categorias profissionais na efetividade do seu trabalho e do estabelecimento deste cuidado integral.

5.4 Cenário Atual - Matriz curricular e ementas do Curso de Graduação em Educação Física

O Curso de Licenciatura Plena em Educação Física, após a sua reformulação, transformou-se, em 30 de agosto de 2006, em Graduação em Educação Física, dividindo-se em duas modalidades: Licenciatura e Bacharelado.

A partir desta data, passaram a vigorar as Resoluções nº 78/06/CONEP e a de nº 80/06/CONEP, revogando as disposições em contrário, em especial, as Resoluções nº 13/92/CONEP, nº 04/93/CONEP e a de nº 12/96/CONEP.

Ambos os cursos - Licenciatura e Bacharelado - apresentam uma estrutura curricular apoiada em 02 (duas) unidades de conhecimento:

I. Formação Ampliada - abrangendo conhecimentos relacionados ao ser humano, à sociedade, aos aspectos biológicos do corpo humano e à produção do conhecimento científico e tecnológico.

II. Formação Específica - abrangendo os conhecimentos identificadores da Educação Física, contemplando as dimensões culturais do movimento humano, técnico-instrumental e didático-pedagógico.

Dentre as competências e habilidades a serem adquiridas pelo licenciado e bacharel, dispostas nas Resoluções nº 78/06/CONEP e nº 80/06/CONEP, destacam-se:

- dominar os conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais específicos da educação física, orientados por valores sociais, morais, éticos e estéticos próprios de uma sociedade plural e democrática;
- pesquisar, conhecer, compreender, analisar e avaliar a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente, por meio das manifestações e expressões do movimento humano, tematizadas com foco nas diferentes formas e modalidades do exercício físico, da ginástica, do jogo, do esporte, da luta/arte marcial, da dança, visando à formação, a ampliação e enriquecimento cultural da sociedade, para aumentar as possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável;

- intervir, acadêmica e profissionalmente de forma deliberada, adequada e eticamente balizada, nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer, da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas;
- participar, assessorar, coordenar, liderar e gerenciar equipes multiprofissionais de discussão, de definição e de operacionalização de políticas públicas e institucionais nos campos da saúde, do lazer, do esporte, da educação, da segurança, do urbanismo, do ambiente, da cultura, do trabalho, dentre outros;
- diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas com deficiência, grupos e comunidades especiais) de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas, nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer etc.;

Conforme o Art. 2º da Resolução nº 80/06/CONEP, o Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Licenciatura, tem, como objetivo geral, formar professores qualificados para intervir, acadêmica e profissionalmente, em instituições públicas e privadas, no componente curricular de Educação Física na Educação Básica e Profissional.

A matriz curricular da Licenciatura está organizada de acordo com as competências e habilidades a serem adquiridas pelo licenciando, baseando-se nos valores sociais, morais, éticos e estéticos, conforme Resolução nº 80/06/CONEP. A mesma privilegia a formação de um profissional preparado para identificar e analisar as questões sociais enquanto parte de uma sociedade capitalista, entendendo suas influências, seus significados e tecendo interlocuções com a profissão.

O curso de Licenciatura apresenta uma duração de 03 (três) anos e meio e uma carga horária de 3.075 (três mil, setenta e cinco) horas que equivalem a 205 (duzentos e cinco) créditos, dos quais 173 (cento e setenta e três) são obrigatórios e 32 (trinta e dois) são optativos (Resolução nº 80/06/CONEP). Desta forma, o currículo pleno é formado por um Currículo Padrão, que inclui as disciplinas obrigatórias e um Currículo Complementar, dispondo as disciplinas optativas, conforme Quadros 11 e 12.

CURRÍCULO PADRÃO							
	Disciplinas Obrigatórias	CR	CH		Disciplinas Obrigatórias	CR	CH
1 o p e r í o d o	Crescim. e Desenvolvimento Humano	05	75	2 o p e r í o d o	Comportamento Motor	04	60
	Fisiologia Básica	04	60		Filosofia, Educação e Corpo	04	60
	Bases da Anatomia para a Ed. Física	04	60		História da Educação	05	75
	Produção de Texto	04	60		Antropologia I	04	60
	Sociologia I	04	60		Introd. à Metod. da Aprendizagem	04	60
	Psicologia Geral	04	60		Introdução à Metodologia Científica	04	60
	Introdução a Filosofia	04	60		---	--	--
3 o p e r í o d o	Conhecimento e Cultura Escolar	04	60	4 o p e r í o d o	Teoria e Prática da Ginástica Geral	04	60
	Aprendizagem Motora em Ed. Física	04	60		Pedagogia do Esporte I	04	60
	História da Educação Física	04	60		Corpo, Expressão e Linguagem	04	60
	Pesquisa e Docência em Ed. Física I	04	60		Ensino da Ed. Física na Ed. Infantil	04	60
	Fund. Teórico-metodológico em Ed. Física Escolar	04	60		Educação Física Escolar I	04	60
	Educação e Ludicidade	04	60		Didática	05	75
5 o p e r í o d o	Ed. Física, Adaptação e Inclusão	04	60	6 o p e r í o d o	Estágio Superv. em Ensino de Ed. Física I	14	210
	Pedagogia do Esporte II	04	60		---	--	--
	Pesquisa e Docência em Ed. Física II	04	60		---	--	--
	Ed. Física Escolar II	04	60		---	--	--
	Estrutura e Funcionamento do Ensino	04	60		---	--	--
7 o	Monografia I	03	45	8 o	Monografia II	03	45
	Estágio Sup. em Ens. de Ed. Física II	14	210		---	--	--

QUADRO 11 – Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Licenciatura - Currículo Padrão contendo disciplinas obrigatórias, nº de créditos (CR) e carga horária (CH), conforme Resolução nº 80/06/CONEP, 2012.

CURRÍCULO COMPLEMENTAR					
DISCIPLINAS OPTATIVAS	CR	CH	DISCIPLINAS OPTATIVAS	CR	CH
Educação e Estética	04	60h	Consciência Corporal	04	60h
Esporte e Mídia	04	60h	Folclore Brasileiro	04	60h
Tópicos Especiais em Educação Física I	04	60h	Sociologia da Educação I	04	60h
Tópicos Especiais em Educação Física II	04	60h	Psicomotricidade	04	60h
Tópicos Especiais em Educação Física III	04	60h	Introdução a Psicologia Geral	04	60h
Tópicos Especiais em Educação Física IV	04	60h	Filosofia da Educação	05	75h
Esporte e Modernidade	04	60h	Inglês Instrumental I	04	60h
Sociologia do Esporte	04	60h	-	-	-

QUADRO 12 – Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Licenciatura - Currículo Complementar contendo disciplinas optativas, nº de créditos (CR) e carga horária (CH), conforme Resolução nº 80/06/CONEP, 2012.

Desta forma, os currículos padrão e complementar descritos apresentam 34 disciplinas obrigatórias e 15 optativas. No que se referem às ementas, das disciplinas obrigatórias, 04 são relacionadas às Práticas Corporais e Esporte (problematização da cultura corporal de movimento, abordagem didático-pedagógica, cultura escolar do esporte),

representando 11,7%, 02 tratam do ensino da psicologia, correspondendo a 5,8%, 03 discutem os aspectos do desenvolvimento motor (8,8%), 04 abordam aspectos sócio-culturais, filosóficos e antropológicos relacionados à educação física (11,7%), 02 referem-se aos aspectos morfológicos, biológicos e anátomo-fisiológicos ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano (5,8%), 12 estão relacionadas à história, educação e pedagogia da educação física escolar (35,2%) e 07 referem-se à metodologia e pesquisa (20,5%), conforme Quadro 13.

DISCIPLINAS OBRIGATORIAS			
ENFOQUE	DISCIPLINAS	CH/h	PERCENTUAL (%)
Práticas Corporais e Esporte (problematização da cultura corporal de movimento, abordagem didático-pedagógica, cultura escolar do esporte)	Teoria e Prática da Ginástica Geral	60	11,7%
	Pedagogia do Esporte I	60	
	Pedagogia do Esporte II	60	
	Corpo, Expressão e Linguagem	60	
TOTAL	04	240h	
Psicologia	Psicologia Geral	60	5,8%
	Introd. à Psicologia da Aprendizagem	60	
TOTAL	02	120h	
Desenvolvimento motor	Crescim. e Desenv. Humano	75	8,8%
	Comportamento Motor	60	
	Aprendiz. Motora em Ed. Física	60	
TOTAL	03	195h	
Aspectos sócio- culturais e filosóficos	Sociologia I	60	11,7%
	Introdução a Filosofia	60	
	Filosofia, Educação e Corpo	60	
	Antropologia I	60	
TOTAL	04	240h	
Aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano	Fisiologia Básica	60	5,8%
	Bases da Anatomia para a Ed. Física	60	
TOTAL	02	120h	
História, educação e pedagogia da educação física escolar	História da Educação	75	35,2%
	Conhecimento e Cultura Escolar	60	
	História da Educação Física	60	
	Educação e Ludicidade	60	
	Ensino da Ed. Física na Ed. Infantil	60	
	Educação Física Escolar I	60	
	Didática	75	
	Ed. Física, Adaptação e Inclusão	60	
	Ed. Física Escolar II	60	
	Estrutura e Funcionamento do Ensino	60	
	Estágio Superv. em Ed. Física I	210	
	Estágio Superv. em Ed. Física II	210	
TOTAL	12	1050h	
Metodologia e Pesquisa	Produção de Texto	60	20,5%
	Introd. à Metodologia Científica	60	
	Pesq. e Docência em Ed. Física I	60	
	Fund. Teórico-metodológico em Ed. Física Escolar	60	
	Pesq. e Docência em Ed. Física II	60	
	Monografia I	45	
	Monografia II	45	
TOTAL	07	390h	

QUADRO 13 – Percentual de disciplinas obrigatórias por enfoque e carga horária (CH) de acordo com o Currículo Padrão da Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Licenciatura, 2012.

As disciplinas optativas distribuem-se da seguinte forma: 01 refere-se à Prática Corporal (problematização da cultura corporal de movimento com abordagem didático-pedagógica) representando 6,6% da matriz complementar, 02 tratam dos aspectos relacionados à psicologia (13,3%), 06 abordam os aspectos sócio-culturais, filosóficos e antropológicos relacionados à educação física (40%) e 06 referem-se a outros enfoques, como as disciplinas Tópicos Especiais em Educação Física, que apresentam conteúdo variável e disciplinas como folclore e inglês, representando 40% das disciplinas optativas, conforme Quadro 14.

Percebe-se a inserção de novas disciplinas na matriz curricular, contribuindo para ampliar e fundamentar a base de formação do profissional, com aspectos não só biológicos como também psicossociais, como as disciplinas: Consciência Corporal, Esporte e Mídia, Educação e Estética, Corpo, Expressão e Linguagem, dentre outras.

DISCIPLINAS OPTATIVAS			
ENFOQUE	DISCIPLINAS	CH/h	PERCENTUAL (%)
Práticas Corporais e Esporte (aprendizado dos fundamentos, técnicas, planejamento de competições, regras oficiais e arbitragem)	Consciência Corporal	60	6,6%
TOTAL	01	60h	
Psicologia	Introdução à Psicologia Geral	60	13,3%
	Psicomotricidade	60	
TOTAL	02	120h	
Desenvolvimento motor	---	---	---
TOTAL	---	---	---
Aspectos sócio- culturais e filosóficos	Esporte e Mídia	60	40%
	Educação e Estética	60	
	Esporte e Modernidade	60	
	Sociologia do Esporte	60	
	Sociologia da Educação I	60	
	Filosofia da Educação	75	
TOTAL	06	375h	
Aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano	---	---	---
TOTAL	---	---	---
História, educação e pedagogia da educação física escolar	---	---	---
TOTAL	---	---	---
Metodologia e Pesquisa	---	---	---
TOTAL	---	---	---
Outros Enfoques	Tópicos Especiais em Ed. Física I	60	40%
	Tópicos Especiais em Ed. Física II	60	
	Tópicos Especiais em Ed. Física III	60	
	Tópicos Esp. em Ed. Física IV	60	
	Folclore Brasileiro	60	
	Inglês Instrumental I	60	
TOTAL	06	360h	

QUADRO 14 – Percentual de disciplinas optativas por enfoque e carga horária (CH) de acordo com o Currículo Complementar da Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Licenciatura, 2012.

A matriz apresenta ainda disciplinas que promovem a aproximação do aluno ao espaço de intervenção profissional, sendo este o ambiente escolar e as relações que ocorrem entre profissionais e entre professor-aluno, por meio da disciplina Conhecimento e Cultura Escolar.

Disciplinas que promovem ao aluno reflexões acerca do caráter hegemônico do fenômeno esportivo, da sua manifestação em diferentes contextos sócio-culturais na sociedade moderna e as relações com o sistema político brasileiro, discutidas na disciplina Sociologia do Esporte e o processo de apropriação do fenômeno esportivo a partir dos meios de comunicação de massa são temas debatidos na disciplina Esporte e Mídia.

Porém, de acordo com a análise das ementas, percebem-se algumas fragilidades relacionadas à falta de problematização acerca das possibilidades de adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável e a própria intervenção do profissional nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde durante todo o processo de formação do aluno, enquanto eixo norteador da formação e não somente ao ser abordado, pontualmente, como conteúdo de uma disciplina.

As disciplinas pouco problematizam sobre o conceito de saúde e sobre o processo saúde-doença como fenômeno social que diz respeito às pessoas, aos seus hábitos e estilo de vida. Porém, percebe-se um avanço na ampliação das disciplinas de cunho sócio-cultural e filosófico (51,7%) e psicológico (19,1%) dos Currículos Padrão e Complementar, em detrimento da redução das disciplinas que abordam, pontualmente, o aprendizado dos fundamentos e técnicas de cada esporte.

Estas deram lugar a disciplinas como Teoria e Prática da Ginástica Geral, que problematiza a Cultura Corporal de movimento na temática da Ginástica, como fenômeno sócio-histórico-cultural, transformando-a em objeto de ensino e a disciplina Pedagogia dos Esportes I, que discute a cultura esportiva, a formação da cultura escolar de esporte e a abordagem didático-pedagógica do esporte escolar.

As disciplinas Fisiologia Básica e Bases da Anatomia para a Educação Física permanecem com a abordagem dos aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico ligados ao movimento e ao desenvolvimento do corpo humano, correspondendo a 5,8% da matriz curricular.

Um avanço observado no Curso de Licenciatura (251) refere-se ao conteúdo da disciplina Tópicos Especiais em Educação Física I, que destaca as diferentes linhas de pesquisa e abordagem da educação física, discussões sobre a saúde coletiva, promoção da saúde, a relação da educação física escolar com o tema saúde, a educação física nos serviços

públicos de saúde e discussões sobre moda, estética e mídia como temas que repercutem no imaginário social e na atuação do profissional. A disciplina aborda aspectos diretamente relacionados com a saúde coletiva, reconhecendo e incorporando as ciências sociais à temática da saúde, operando para além do paradigma biomédico.

O Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Bacharelado, com habilitação em Ciências da Atividade Física e do Esporte, instituído por meio da Resolução nº 78/06/CONEP, tem como objetivo geral formar profissionais em Educação Física para atuarem na área de Atividade Física, Saúde e Treinamento Desportivo.

Desta forma, o curso é também formado por um Currículo Padrão e um Currículo Complementar, conforme os Quadros 15 e 16.

CURRÍCULO PADRÃO							
	Disciplinas Obrigatórias	CR	CH		Disciplinas Obrigatórias	CR	CH
1 o p e r í o d o	Bioestatística	04	60h	2 o p e r í o d o	Novas Tecnologias em At. Física	04	60h
	Bioquímica	05	75h		At. Física, Crescimento e Desenvolvimento	04	60h
	Bases da Anatomia para a Ed. Física	04	60h		História da Ed. Física e Esporte	04	60h
	Sociologia I	04	60h		Introdução à Saúde Pública	04	60h
	Introd. à Psic. do Desenvolvimento	04	60h		Fisiologia Básica	04	60h
	Introdução a Filosofia	04	60h		Biologia Celular	04	60h
	Introdução a Metodologia Científica	04	60h		Antropologia da Saúde	04	60h
	---	--	--		Desenvolvimento Motor	04	60h
3 o p e r í o d o	Metodologia da Nataçã	04	60h	4 o p e r í o d o	Metodologia do Basquetebol	04	60h
	Metodologia do Atletismo	04	60h		Metodologia da Nataçã II	04	60h
	Metodologia do Handebol	04	60h		Metodologia do Atletismo II	04	60h
	Metodologia do Voleibol	04	60h		Metodologia do Futebol	04	60h
	Cineantropometria	04	60h		Atividade Física e Saúde	04	60h
	Cinesiologia	04	60h		Epidemiologia da At. Física	04	60h
	Fisiologia do Exercício	04	60h		Nutrição e At. Física	04	60h
	Nutrição Básica	04	60h		---	--	--
5 o p e r í o d o	Metodologia da Capoeira	04	60h	6 o p e r í o d o	Metod. da Ginástica Artística II	04	60h
	Metodologia da Ginástica Artística I	04	60h		Metodologia do Futsal	04	60h
	Metodologia da Ginástica Rítmica	04	60h		Met. do Treinamento Esportivo	04	60h
	Atividade Física em Academia	04	60h		Atividade Física Adaptada	04	60h
	At. Física para Grupos Especiais I	04	60h		Envelhecimento, At. Física e Saúde	04	60h
	Adm. e Organização de Competições	04	60h		---	--	--
	Ética e Deontologia em Ed. Física	04	60h		---	--	--
7 o	Metod. da Pesq. em At. Físicas e no Esporte	04	60h	8 o	Estágio Supervisionado II	08	120h
	Emergência em At. Física e Saúde	04	60h.		Trabalho de Conclusão de Curso	08	120h
	Estágio Supervisionado I	08	120h.		---	--	--

QUADRO 15 – Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Bacharelado - Currículo Padrão contendo disciplinas obrigatórias, nº de créditos (CR) e carga horária (CH), conforme Resolução nº 78/06/CONEP, 2012.

CURRÍCULO COMPLEMENTAR / DISCIPLINAS OPTATIVAS					
PRÁTICAS CORPORAIS/ ESPORTE	CR	CH	OUTROS ENFOQUES	CR	CH
Metodologia do Judô	04	60	Psicologia do Esporte e da At. Física	04	60
Met. do Pólo Aquático	04	60	Direito Esportivo	04	60
Metodologia do Tênis	04	60	Marketing Esportivo	04	60
Met. dos Saltos Ornamentais	04	60	Tópicos Especiais em Ed. Física e Saúde I	04	60
At. Física e Lazer	04	60	Tópicos Especiais em Ed. Física e Saúde II	04	60
At. Física para Grupos Especiais II	04	60	Tópicos Especiais em Ed. Física e Saúde III	04	60
Ginástica Laboral	04	60	Inglês Instrumental I	04	60
Biomecânica	04	60	Espanhol Instrumental I	04	60
----	---	---	Espanhol Instrumental II	04	60

QUADRO 16 – Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Bacharelado - Currículo Complementar contendo disciplinas obrigatórias, nº de créditos (CR) e carga horária (CH), conforme Resolução nº 78/06/CONEP, 2012.

O curso apresenta uma duração de 03 (três) anos e meio e uma carga horária de 3.315 (três mil, trezentos e quinze) horas que equivalem a 221 (duzentos e vinte e um) créditos, dos quais 205 (duzentos e cinco) são obrigatórios e 16 (dezesseis) são optativos.

Dentre os seus objetivos específicos, destacam-se: propiciar aos profissionais condições para organizarem, planejarem, administrarem, avaliarem e atuarem pedagógica, científica e tecnicamente no âmbito da cultura das atividades físicas; incentivar a investigação científica em Educação Física; promover estilos de vida saudáveis na comunidade, atuando como agentes de transformação social; capacitar para a atuação em equipes multiprofissionais, ao planejamento, à coordenação, à supervisão, implementação, execução e avaliação das atividades na área de Educação, Esporte e de Saúde (Resolução nº 78/06/CONEP - Art. 2º).

No que se refere aos enfoques apresentados na referida Resolução, o bacharel em Educação Física, com habilitação em Ciência da Atividade Física e do Esporte, deve ter formação generalista, humanista e crítica, qualificadora da intervenção acadêmico-profissional, fundamentada no rigor científico, na reflexão filosófica, na conduta ética e deve estar qualificado para analisar criticamente a realidade social, para nela intervir acadêmica e profissionalmente por meio das diferentes manifestações e expressões do movimento humano.

Com a fragmentação do curso e conseqüente separação de acordo com a área de atuação, linha de pesquisa e fundamentação teórica, a matriz curricular do Bacharelado em educação física também sofreu alterações, como a inclusão de disciplinas como Atividade Física Adaptada, trazendo a discussão dos esportes adaptados para pessoas com necessidades especiais e a metodologia de ensino para esta clientela.

Percebe-se, também, a inclusão de disciplinas como Envelhecimento, Atividade Física e Saúde, que abordam dados demográficos e psicossociais relacionados ao envelhecimento e programas de atividade física para esta clientela (Anexo IV da Resolução nº 78/06/CONEP).

Nesta perspectiva, os currículos padrão e complementar descritos apresentam 47 disciplinas obrigatórias e 15 optativas. Do ementário de disciplinas obrigatórias, 16 são relacionadas às Práticas Corporais e Esporte (história, evolução, fundamentação técnica e tática, metodologia do ensino, do treinamento e regras), representando 34,04%, 01 trata do ensino da psicologia, correspondendo a 2,12%, 01 discute os aspectos do desenvolvimento motor (2,12%), 03 abordam aspectos sócio-culturais, filosóficos e antropológicos relacionados à educação física (6,38%), 17 referem-se aos aspectos morfológicos, biológicos e anátomo-fisiológicos ligados ao movimento, ao desenvolvimento do corpo humano e a atividade física (36,1%), 03 relacionam-se à história e aplicação da atividade física (6,38%), 03 referem-se à metodologia e pesquisa (6,38%) e 03 tratam de outros enfoques como Introdução à Saúde Pública, Nutrição Básica e Ética e Deontologia em Ed. Física que representam 6,38% do currículo, conforme Quadro 17.

As disciplinas optativas distribuem-se da seguinte forma: 06 referem-se às Práticas Corporais e Esportes (história, evolução, fundamentação técnica e tática, metodologia do ensino, do treinamento e regras) representando 35,2% da matriz complementar, 01 trata dos aspectos relacionados à psicologia (5,8%), 02 discorrem sobre os aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico do movimento e desenvolvimento do corpo ligado à atividade física (11,7%), 08 referem-se a outros enfoques, como as disciplinas Tópicos Especiais em Educação Física, que apresentam conteúdo variável, Direito Esportivo, Inglês e Espanhol Instrumental, representando 47,5% e nenhuma disciplina aborda aspectos do desenvolvimento motor, sócio-culturais, filosóficos, antropológicos nem voltados para a história, evolução, aplicação da atividade física, metodologia e pesquisa, conforme dispõe o Quadro 18.

Destacam-se, ainda, a disciplina Atividade Física e Saúde, com conteúdos relacionados à avaliação da atividade física, aptidão física e saúde, durante as atividades diárias, a atividade física como componente da qualidade de vida e os programas de promoção da atividade física individual nas organizações e na comunidade e a disciplina Epidemiologia da Atividade Física associada às doenças e agravos não transmissíveis (DANT), aos indicadores de saúde e avaliação das condições de saúde da comunidade. A ementa também sugere a abordagem do tema Saúde Coletiva e atividade física, mas não apresenta nenhuma diretriz orientadora para o professor (Anexo IV da Resolução nº 78/06/CONEP).

DISCIPLINAS OBRIGATÓRIAS			
ENFOQUE	DISCIPLINAS	CH/h	PERCENTUAL (%)
Práticas Corporais e Esporte (história, evolução, fundamentação técnica e tática, metodologia do ensino e do treinamento, regras)	Metodologia da Natação I	60	34,04%
	Metodologia do Atletismo	60	
	Metodologia do Handebol	60	
	Metodologia do Voleibol	60	
	Metodologia do Basquetebol	60	
	Metodologia da Natação II	60	
	Metodologia do Atletismo II	60	
	Metodologia do Futebol	60	
	Metodologia da Capoeira	60	
	Metodologia da Ginástica Artística	60	
	Metodologia da Ginástica Rítmica	60	
	Atividade Física em Academia	60	
	Adm. e Organização de Competições	60	
	Metodologia da Ginástica Artística II	60	
	Metodologia do Futsal	60	
	Metod. do Treinamento Esportivo	60	
TOTAL	16	960h	
Psicologia	Introd.à Psic. do Desenvolvimento	60	2,12%
TOTAL	01	60h	
Desenvolvimento motor	Desenvolvimento Motor	60	2,12%
TOTAL	01	60h	
Aspectos sócio- culturais e filosóficos	Sociologia I	60	6,38%
	Introdução a Filosofia	60	
	Antropologia da Saúde	60	
TOTAL	03	180h	
Aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico do movimento e desenvolvimento do corpo ligados à at. Física	Bioestatística	60	36,1%
	Bioquímica	75	
	Bases da Anatomia para a Ed. Física	60	
	Novas Tecnologias em At. Física	60	
	At. Física, Crescimento e Desenvolvimento	60	
	At. Física para Grupos Especiais I	60	
	Fisiologia Básica	60	
	Biologia Celular	60	
	Cineantropometria	60	
	Cinesiologia	60	
	Fisiologia do Exercício	60	
	Atividade Física e Saúde	60	
	Epidemiologia da At. Física	60	
	Atividade Física Adaptada	60	
	Envelhecimento, At. Física e Saúde	60	
	Emergência em At. Física e Saúde	60	
	Nutrição e At. Física	60	
TOTAL	17	1035h	
História, evolução e aplicação da atividade física	História da Ed. Física e do Esporte	60	6,38%
	Estágio Supervisionado I	60	
	Estágio Supervisionado II	60	
TOTAL	03	180h	
Metodologia e Pesquisa	Introdução à Metodologia Científica	60	6,38%
	Metod. Pesq. em At. Física e Esporte	60	
	Trabalho de Conclusão de Curso	120	
TOTAL	03	240h	
Outros Enfoques	Introdução à Saúde Pública	60	6,38%
	Nutrição Básica	60	
	Ética e Deontologia em Ed. Física	60	
TOTAL	03	180h	

QUADRO 17 – Percentual de disciplinas obrigatórias por enfoque e carga horária (CH) de acordo com o Currículo Padrão da Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Bacharelado, 2012.

DISCIPLINAS OPTATIVAS			
ENFOQUE	DISCIPLINAS	CH/h	PERCENTUAL (%)
Práticas Corporais e Esporte (história, evolução, fundamentação técnica e tática, metodologia do ensino e do treinamento, regras)	Metodologia do Judô	60	35,2%
	Met. do Pólo Aquático	60	
	Metodologia do Tênis	60	
	Metod. dos Saltos Ornamentais	60	
	At. Física e Lazer	60	
	Ginástica Laboral	60	
TOTAL	06	360h	
Psicologia	Psicologia do Esporte e da At. Física	60	5,8%
TOTAL	01	60h	
Desenvolvimento motor	----	---	----
TOTAL	----	---	----
Aspectos sócio- culturais e filosóficos	----	---	----
TOTAL	----	---	----
Aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico do movimento e desenvolvimento do corpo ligados à at. Física	Biomecânica	60	11,7%
	At. Física para Grupos Especiais II	60	
TOTAL	02	120h	
História, evolução e aplicação da atividade física	----	---	
	----	---	
TOTAL	----	---	----
Metodologia e Pesquisa	----	---	----
TOTAL	----	---	----
Outros Enfoques	Direito Esportivo	60	47,05%
	Marketing Esportivo	60	
	Tópicos Especiais em Ed. Física e Saúde I	60	
	Tópicos Especiais em Ed. Física e Saúde II	60	
	Tópicos Especiais em Ed. Física e Saúde III	60	
	Inglês Instrumental I	60	
	Espanhol Instrumental I	60	
	Espanhol Instrumental II	60	
TOTAL	08	480h	

QUADRO 18 – Percentual de disciplinas optativas por enfoque e carga horária (CH) de acordo com o Currículo Complementar da Matriz Curricular do Curso de Graduação em Educação Física, na modalidade Bacharelado, 2012.

Por meio destas disciplinas, percebe-se que a matriz curricular do Bacharelado aproxima o objeto da educação física (voltado para o componente da atividade física com um viés biológico) para a realidade dos serviços e da saúde pública, sem, contudo, fundamentar-se nas bases conceituais da saúde coletiva (Anexo IV da Resolução nº 78/06/CONEP).

Percebe-se o caráter eminentemente biológico, com foco na doença, com a ementa da disciplina Atividade Física para Grupos Especiais I, que aborda a etiologia dos principais agravos crônico-degenerativos e a própria avaliação e prescrição de exercícios para grupos especiais, como fator de prevenção e coadjuvante terapêutico em doenças, como: osteoartrose, artrite reumatóide, fibromialgia, lombalgia, osteoporose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias e dislipidemias (Anexo IV da Resolução nº 78/06/CONEP).

Destaca-se, também, o conteúdo da disciplina Antropologia da Saúde, que aborda a discussão do homem como uma totalidade, da qual a condição biológica representa apenas um dos seus componentes, apresenta o campo da Antropologia Médica, dentre outros aspectos.

Nesta perspectiva, apesar da matriz curricular do Bacharelado (252) prever uma formação humanista, percebe-se com maior ênfase esta formação no curso de Licenciatura (251).

O curso de Bacharelado dispõe de maior número de disciplinas que enfatizam a abordagem metodológica dos esportes, com base na fundamentação técnica, tática, no treinamento, ampliando ainda mais a discussão para os aspectos voltados para o rendimento, a performance esportiva e a preparação física, aspectos eminentemente de cunho biológico.

Conforme o Quadro 19 observa-se que o tempo de duração adotado na Licenciatura Plena, enquanto curso humanista e generalista, não permaneceu o mesmo para a Graduação em Licenciatura e Bacharelado.

O tempo de formação assim como o conteúdo foi reduzido e fragmentado de acordo com os campos de intervenção e respectivas linhas de pesquisa e fundamentação de cada curso, aprofundando, com a inserção de novas disciplinas, o especialismo de cada área.

Observa-se maior ênfase nas disciplinas com enfoque nos aspectos sócio-culturais, filosóficos e psicológicos nos cursos 250 e 251 de Licenciatura, além de disciplinas que também abordam com maior ênfase os aspectos relacionados à história, educação e pedagogia da educação física, aspectos pouco abordados no curso de Bacharelado, que enfoca a metodologia da aplicação da atividade física, conforme Quadro 19.

O curso de Licenciatura atual (251) dispõe de uma estrutura curricular que contempla a formação do aluno apoiada no domínio dos conhecimentos específicos da educação física e aqueles advindos das ciências afins, com disciplinas que apresentam aos alunos discussões fundamentadas nos valores sociais, morais, éticos e estéticos de uma sociedade que é plural e democrática. Porém, a matriz curricular e ementas do Bacharelado evidenciam que a formação do bacharel não contempla a discussão das questões e valores sociais, de maneira crítica e consciente da realidade, com base no modelo de sociedade capitalista e mercadológica.

A formação, com relação aos dois cursos, está centrada na educação e reeducação motora, no rendimento físico-esportivo, lazer e na gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas, objetivando a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas, desconsiderando ou pouco evidenciando uma discussão mais

ampliada acerca do conceito de saúde e qualidade de vida, na perspectiva de eixo norteador das práticas em saúde dos profissionais e da população.

DADOS GERAIS DA MATRIZ CURRICULAR DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA									
	CURSO 250			CURSO 251			CURSO 252		
	Licenciatura Plena			Licenciatura			Bacharelado		
Duração mínima	04 anos			3 anos e meio			3 anos e meio		
Carga horária	3.075 horas			3.075 horas			3.315 horas		
Nº de disciplinas obrigatórias	41			34			47		
Nº de disciplinas optativas	32			15			15		
Total de disciplinas	73			49			62		
Nº de disciplinas com enfoque nas Práticas Corporais e Esporte/ Percentual/ Carga Horária	Obrigatórias								
	15	36,5%	900h	04	11,7%	240h	16	34,04%	960h
	Optativas								
	20	62,5%	1200h	01	6,6%	60h	06	35,2%	360h
Nº de disciplinas com enfoque na Psicologia/ Percentual/ Carga Horária	Obrigatórias								
	03	7,3%	180h	02	5,8%	120h	01	2,12%	60h
	Optativas								
	03	9,3%	180h	02	13,3%	120h	01	5,8%	60h
Nº de disciplinas com enfoque no Desenvolvimento motor	Obrigatórias								
	02	4,8%	120h	03	8,8%	195h	01	2,12%	60h
	Optativas								
	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Nº de disciplinas com enfoque nos Aspectos sócio-culturais e filosóficos	Obrigatórias								
	04	9,7%	240h	04	11,7%	240h	03	6,38%	180h
	Optativas								
	02	6,2%	120h	06	40%	375h	--	--	--
Nº de disciplinas com enfoque nos Aspectos morfológicos, biológico e anátomo-fisiológico	Obrigatórias								
	07	17%	435h	02	5,8%	120h	17	36,1%	1035h
	Optativas								
	01	3,1%	60h	--	--	--	02	11,7%	120h
Nº de disciplinas com enfoque na História, educação e pedagogia da educação física escolar	Obrigatórias								
	07	17%	510h	12	35,2%	1050h	--	--	--
	Optativas								
	01	3,1%	60h	--	--	--	--	--	--
Nº de disciplinas com enfoque na História, evolução e aplicação da atividade física	Obrigatórias								
	--	--	--	--	--	--	03	6,38%	180h
	Optativas								
	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Nº de disciplinas com enfoque em Metodologia e Pesquisa	Obrigatórias								
	03	7,3%	150h	07	20,5%	390h	03	6,38%	240h
	Optativas								
	01	3,1%	60h	--	--	--	--	--	--
Nº de disciplinas com Outros Enfoques	Obrigatórias								
	--	--	--	--	--	--	03	6,38%	180h
	Optativas								
	04	12,5%	240h	06	40%	360h	08	47,05%	480h

QUADRO 19 – Quadro comparativo da Matriz Curricular dos cursos de Educação Física (250, 251 e 252) contendo dados gerais, nº de disciplinas obrigatórias e optativas, percentual de disciplinas abordadas, de acordo com o enfoque e carga horária, 2012.

Conforme análise das ementas de ambos os cursos, o profissional não é preparado diretamente para diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas, de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, como objetiva a Resolução.

Estes conteúdos não podem ser debatidos pontualmente em algumas disciplinas. A formação do profissional de educação física deveria estar pautada numa mudança de cultura no que se refere à função social da educação física, com base na adoção de estilos de vida ativo que justifiquem uma consciência e percepção crítica e corporal da população e seu ambiente, numa perspectiva crítica e autônoma que garanta melhores condições de vida e saúde para a mesma. Estes ideais devem ser trabalhados, transversalmente, em todas as disciplinas dispostas na matriz curricular, enquanto objetivo e função social da profissão.

A reformulação do curso de educação física com suas disposições em Resolução ampliou, na teoria, o objeto de atuação e o campo de intervenção do profissional, ao abordar as dimensões culturais do movimento humano, ao prever a formação de profissionais capacitados para intervir de acordo com a realidade social, ao abordar a discussão acerca dos estilos de vida e ao prever a atuação do profissional nos campos da prevenção, promoção, proteção e reabilitação, diagnosticando, planejando e supervisionando ações. Porém, na prática, profissionais, professores e alunos precisam efetivar tais mudanças, reconhecendo que as suas ações fazem parte de um contexto social mais amplo e mais próximo das necessidades de saúde da população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação física, dentro do seu desenvolvimento histórico e social, vem passando por grandes avanços, no que se refere ao seu objeto de estudo, seus campos de atuação e de inserção profissional.

Entretanto, o modelo de formação, voltado para o viés biológico e tecnicista, reflete-se diretamente nas práticas dos profissionais, sem que ocorra uma ampliação do seu olhar para o reconhecimento do indivíduo de forma integral, capaz de considerar suas características psicossociais, culturais e econômicas, como fatores que também determinam a sua saúde, e nessa perspectiva considerar estes fatores para dentro do seu processo de trabalho, ampliando as suas práticas e o seu olhar.

Percebe-se, ainda, o caráter dominante do modelo biomédico, tanto na formação como na atuação dos profissionais, porém o desenvolvimento dos currículos ao longo do tempo vem minimizando o impacto determinante das disciplinas biológicas e ampliando, cada vez mais, a discussão e reflexão para a formação de um profissional consciente do modelo de sociedade em que ele vai atuar, do mercado e suas demandas, bem como da sua clientela, “contaminada”, muitas vezes por estas influências.

Nessa perspectiva, observamos, nas falas de alguns profissionais da Academia da Cidade, a percepção para as questões sócio-culturais da comunidade em que ele atua, observamos a necessidade relatada em se trabalhar de maneira articulada com as Unidades Básicas e a necessidade de mudança de paradigma, com uma proposta de utilização da educação física na transformação social. Estas questões são enfatizadas com clareza pelos profissionais de CAPS e da Gestão, por se encontrarem mais próximos das discussões acerca da Saúde Coletiva.

A estrutura curricular não propicia, diretamente, a aproximação ou apresentação do aluno ao campo da Saúde Coletiva e suas práticas, na perspectiva de integralidade do cuidado, porém a vigência da área em integrar equipes multiprofissionais e interdisciplinares para atuar no campo vem cada vez mais captando profissionais da área de educação física para trabalhar junto à comunidade.

Como consequência, as atuações dos profissionais destacam-se de maneira diferenciada nos três campos de intervenção – Academia da Cidade, CAPS e Gestão. A saúde coletiva vem reconhecendo a importância das práticas realizadas pelos profissionais de

educação física na comunidade, porém percebe-se a ausência de um alinhamento prático e conceitual da proposta da Academia da Cidade ao modelo de assistência no qual o profissional foi inserido. Nesta perspectiva, a proposta de intervenção do Projeto da Academia da Cidade na atenção primária não se integra aos princípios e diretrizes de funcionamento dos serviços e das equipes de saúde que compõem esse território, atendendo, somente, à proposta de trabalho do referido projeto.

Observa-se, também, uma maior familiaridade e adaptação dos profissionais e da própria proposta de prática corporal ao contexto do funcionamento dos CAPS, integrando-se às ações do campo da saúde mental, fundamentadas na desinstitucionalização e reabilitação de pessoas e, as ações realizadas na esfera da gestão ampliam o campo de conhecimento e de intervenção do profissional, porém pouco utilizam do saber nuclear da educação física..

Desta forma, a formação em educação física contribui, de forma indireta, para a atuação dos profissionais na Saúde Coletiva, na medida em que a mesma proporciona, por meio da sua matriz curricular, discussões voltadas para o ser humano e a sociedade em que ele vive, não desmerecendo o saber acumulado historicamente acerca da cultura corporal do movimento e do esporte, mas articulando-o dentro de uma proposta crítica de educação enquanto função social da área e da Saúde Coletiva.

O profissional deve ser capaz de reconhecer e considerar as questões psicossociais, culturais, econômicas e sociais dos indivíduos, como fatores que também determinam a sua saúde, e nessa perspectiva considerar estes fatores para dentro do seu processo de trabalho, ampliando as suas práticas e o seu olhar, percebendo inclusive a necessidade de atuar em conjunto com as outras áreas do conhecimento, com os outros profissionais de saúde, na perspectiva de desenvolver uma linha de cuidado, interdisciplinar, em rede, para com o mesmo usuário e de maneira integral.

Merece destaque o atual momento de mudança curricular, fazendo com que a reforma curricular acompanhe as transformações na área da saúde, possibilitando a aproximação do aluno com a saúde coletiva ainda no período de formação, como a disciplina Tópicos Especiais em Educação Física I – Saúde, Sociedade e Educação Física, disciplina optativa do curso de Licenciatura (251) que aborda temas como Promoção da Saúde, Saúde Coletiva, educação física nos serviços públicos de saúde, dentre outros.

Observa-se que, os alunos que concluem o curso atual de licenciatura, para atuar na área escolar, estão mais familiarizados com as discussões que embasam o campo da saúde

coletiva e seus conceitos estruturantes, em detrimento dos alunos do curso do bacharelado, que estão regulamentados a atuar nessa mesma área.

Ressalta-se desta forma o reforço ao modelo biológico visualizado na matriz curricular do curso de Bacharelado, o que distancia a formação para as discussões sociais relacionadas à área da Saúde Coletiva e à própria ampliação do objeto de intervenção do profissional quanto às ações junto à comunidade, na perspectiva de produção de saúde.

Nesta perspectiva, a fragmentação dos cursos de educação física para atender aos diversos anseios da sociedade deve ser superada. A educação física deve se apropriar dos conceitos da saúde coletiva, das políticas públicas de saúde e dos serviços, campo considerado de maior inserção dos profissionais da área da saúde e onde encontramos um maior número de usuários que necessitam de ações integrais. As discussões que permeiam o conceito de saúde individual e coletiva devem estar presentes na formação dos profissionais, dentro das instituições de ensino superior, aproximando-os cada vez mais das práticas de integralidade, de humanização das relações e da dimensão cuidadora pelas instituições de ensino.

As instituições devem formar profissionais preparados para o agir em saúde, familiarizados com os processos de trabalho, com o modelo assistencial, com a função de acolher e atender as necessidades de saúde da população, numa perspectiva de reconhecimento e transformação da realidade.

O modelo tradicional, centrado na doença e não no indivíduo e suas necessidades, desconsiderando histórias de vida (aspectos sociais, culturais, econômicos e psicológicos) e reconhecendo o usuário como sujeito passivo e não protagonista no processo de produção de saúde deve ser superado, partindo inicialmente da própria formação acadêmica e suas respectivas instituições de ensino superior e estendendo-se à clínica e à atuação dos profissionais. Somente quando isso acontecer é que o princípio da integralidade passará a ser efetivo no processo de formação, nas ações, nas equipes e nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L.T.; ALVES, C.T.P. Educação física e saúde mental: refletindo sobre o papel das práticas corporais. **Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte**. Salvador – Bahia – Brasil 20 a 25 de setembro de 2009.
- ABIB, L.T. et al. Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre. **Revista Pensar a Prática**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 115, maio/ago. 2010.
- ACOSTA, E.B.; CASTRO, D.L. Problematizando a educação física na atenção básica em saúde. **Ciência e Compromisso Social: implicações na/a educação física e ciência do esporte**. XVII CONBRACE, IV CONICE, 2011, 11 a 16 de setembro, Porto Alegre.
- AKERMAN, M.; FEURWERKER, L. Estou em formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G.W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz, 2006, v. 1, p. 183-200.
- ALBUQUERQUE, L.R. A constituição histórica da educação física no Brasil e os processos da formação profissional. IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. 26 a 29 de outubro de 2009, PUC/PR.
- ALVES, F.S.; CARVALHO, Y.M. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 04, p. 229-244, outubro/dezembro de 2010.
- AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.8, n.15, p.375-80, mar/ago. 2004.
- 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**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1127-44, 2009.
- ARAÚJO, D; MIRANDA, M.C.G.; BRASIL, S.L. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.31, Supl. 1, p.20-31, jun.2007.
- AZEVEDO, A.C.B.; MALINA, A. Memória do currículo de formação profissional em educação física no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 129-42, jan. 2004.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. Saúde coletiva e educação física: Aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Org.) **A saúde em debate na educação física**, v. 2, Blumenau: Nova Letra, 2006.
- BENITES L.C. SOUSA NETO, S; HUNGER, D. O processo de construção histórica das diretrizes curriculares na formação de professores de educação física. **Revista Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 343-60, maio-ago. 2008.
- BIRMAN, J. A Physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, Supl. 0, p. 11-6, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103. Acesso em: 01 out. 2010.

BOMFIM, D.S.; NUNES, F.S. O papel da educação física no centro de atenção psicossocial II de um município pertencente à região do Piemonte da Chapada – Bahia. **Ciência e Compromisso Social**: implicações na/a educação física e ciência do esporte. XVII CONBRACE, IV CONICE, 2011, 11 a 16 de setembro, Porto Alegre.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 220p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CSE n. 7, de 31 de março de 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **DIRETRIZES DO NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Atenção Básica; n. 27.

_____. _____. _____. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. _____. _____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. _____. _____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. _____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Saúde, normalidade e risco. In: **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, 60p.

_____. _____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Resolução n. 196/96. **Cadernos de Ética em Pesquisa**, Brasília, Ano 1, n.1, jul. 1998.p. 34-42.

_____. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In: _____. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5. ed. ampl.; Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que institui a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

_____. Portaria GM/MS nº 719, de 7 de abril de 2011, que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS.

_____. Portaria GM/MS nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde.

_____. Conselho do Ensino e da Pesquisa. Resolução nº4, de 18 de março de 1993. Universidade Federal de Sergipe: São Cristóvão, Sergipe. Aprova a alteração de Artigos e Anexos da Resolução nº 13/92/CONEP e dá outras providências.

_____. Conselho do Ensino e da Pesquisa. Resolução nº12, de 19 de dezembro de 1996. Universidade Federal de Sergipe: São Cristóvão, Sergipe. Altera a Resolução nº 4/93/CONEP e dá outras providências.

_____. Conselho do Ensino e da Pesquisa. Parecer CNE/CES 215 de 11 de março de 1987. Dispõe sobre a reestruturação dos cursos de graduação em Educação Física, sua nova caracterização, mínimos de duração e conteúdo.

_____. Conselho do Ensino e da Pesquisa. Resolução nº13, de 24 de setembro de 1992. Universidade Federal de Sergipe: São Cristóvão, Sergipe. Aprova projeto didático-científico do Curso de Licenciatura em Educação Física do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

_____. Conselho Nacional de Educação (CNE). Câmara de Educação Superior. Resolução nº7, de 31 de março de 2004d. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, em nível superior de graduação plena.

_____. Ministério da Educação, Universidade Federal de Sergipe, Conselho do Ensino e da Pesquisa. Resolução nº78, de 30 de agosto de 2006d. Aprova o Projeto Pedagógico do Curso de Educação Física – Habilitação Ciência da Atividade Física e do Esporte-Modalidade Bacharelado, curso 252 e dá outras providências.

_____. Ministério da Educação, Universidade Federal de Sergipe, Conselho do Ensino e da Pesquisa. Resolução nº80, de 30 de agosto de 2006e. Aprova o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Educação Física Modalidade Licenciatura e dá outras providências.

BREILH, J. Las ciencias del deporte em La humanización de La vida: um movimento emancipador. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.9-22, mai.2006. Disponível em:

<http://www.rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE/article/view/71/77>. Acesso em: 27 out. 2009.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.219-30, 2000.

_____;DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.23, n.2, p. 399-407, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007000200016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 mar. 2009.

_____;NASCIMENTO, S.P.S. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. In.: **Cadernos IPUB**, v. XIII, n. 24, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARVALHO, F.F.B. **Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde: Por outra compreensão da Educação Física**. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), 65p.

CARVALHO, Y.M. Atividade Física e Saúde: Onde está e quem é o “Sujeito” da relação. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.22, n.2, p.9-21, jan.2001.

_____. Promoção da Saúde, Práticas Corporais e Atenção Básica. In.: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, 2006.

_____. Entre o biológico e o social: tensões no debate teórico acerca da saúde na educação física. **Motrivivência**, Ano XVII, Nº 24, P. 97-105 Jun./2005

_____; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006, v. 1, p. 137-70.

_____; FREITAS, F.F. Atividade Física Saúde e Comunidade. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 489 - 506, 2006.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação física no Brasil: a história que não se conta**. Campinas, SP: Papyrus, 15 ed, 2008, p. 220.

CECCIM, R.B. A emergência de educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v.1, n.2, p. 9-23, jan./jun.2008.

_____; BILIBIO, L.F. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In.: FRAGA, A.B.e WACHS, F. (Org.). **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

_____; FEUERWERKER, L.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1400-10, set-out. 2004.

CECCIM R.B; MERHY, E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface.Comunicação, saúde e educação**, v.13, supl.1, p.531-42, 2009

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo: Cortes, 1992. 119p.

COSTA, E.M.B.; VENÂNCIO, S. Atividade física e saúde: discursos que controlam o corpo. **Pensar a Prática**, Goiás, v.7, n.1, p. 59-74, mar. 2004.

CRUZ, A.C.S. O embate na formação de professores em educação física: a (falsa) dualidade entre licenciatura plena e bacharelado. **IV Congresso Sul brasileiro de Ciências do Esporte**, Faxinal do Céu – PR 19, 20 e 21 de setembro de 2008.

CRUZ, M.S.; FERREIRA, S.M.B. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. In.: **Cadernos IPUB**, v. XIII, n. 24, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.

DA ROS, M. A. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. (Org.). **A saúde em debate na educação física**, v. 2, Blumenau: Nova Letra, 2006, 240 p.

DUTRA, A.C.R. et al. Educação Física e sociedade de consumo. **Revista Digital** - Buenos Aires, a.11, n. 104, 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/> Acesso em: 15 jul.2009.

- FERREIRA, M.S.; NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v.10 (sup), p. 207-219, set.-dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000500022&script=sci_arttext. Acesso em: 27 out. 2010.
- FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977, 241p.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-53, abr-jun, 1999.
- FUNESA – Fundação Estadual de Saúde. **Atenção Psicossocial no Estado de Sergipe: Saberes e Tecnologias para implantação de uma política**. Guia do Facilitador, vol. 8. Aracaju: FUNESA, 2011. No prelo (Material Didático-Pedagógico de Educação Permanente da Fundação Estadual de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde).
- FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.11, n.22, p.239-55, mai/ago, 2007.
- GIL, C.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-8, mar/abr. 2005.
- HADDAD, A.E. Formação do profissional de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034. Acesso em: 27 out. 2010.
- HECKERT, A.L.E.; NEVES, C.A. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In.: PINHEIRO, Roseni et al (org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC- ABRASCO, 1ª ed, 2007.
- HUNGER, D. A formação profissional em educação física numa retrospectiva histórica. Texto integrante dos **Anais do XVII Encontro Regional de História – O lugar da História**. ANPUH/SPUNICAMP. Campinas, 6 a 10 de setembro de 2004. Cd-rom.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.6, p.35-45, nov.-dez. 2000.
- LAPLANTINE, F. **A antropologia da doença**. Martins Fontes, Paris, 1991, 274p.
- LAZZAROTTI, FILHO, et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Revista Movimento**, v.16, n1, p.65, 2010.
- LEAL, E.M.; DELGADO, P.G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In.: Roseni Pinheiro; Ana Paula Guljor; Aluisio Gomes; Ruben Araújo de Mattos. (Org.). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007, v. , p. 137-154.
- LIMA, F.M.; DINIS, N.F. Corpo e gênero nas práticas escolares de educação física. **Currículo sem Fronteiras**, Universidade Federal do Paraná, v.7, n.1, p.243-52, Jan/Jun 2007.
- LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- LYRIO, A.P.S. Práticas corporais na saúde mental: um relato de experiência do CAPS ad “Primavera” Aracaju/SE. **Ciência e Compromisso Social: implicações na/a educação física e**

ciência do esporte. XVII CONBRACE, IV CONICE, 2011, 11 a 16 de setembro, Porto Alegre.

LYRA, M.A. Desafios da saúde mental na atenção básica. In.: **Cadernos IPUB**, , v. XIII, n. 24, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.

MACHADO, et.al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – Uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n.2, p.335-42, 2007.

MACHADO, D.O. Movimentos na educação física: por uma ética dos corpos. Porto Alegre, 2011. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação, Porto Alegre, 113p.

MAGALHÃES, C.H.F. Breve histórico da educação física e suas tendências atuais a partir da identificação de algumas tendências de ideais e idéias de tendências. **Revista da Educação Física**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 91-102, jan.-jun. 2005

MARCASSA, L. A educação física face ao projeto de modernização do Brasil (1900-1930): as histórias que se contam. **Pensar a Prática**, Goiás, v. 3, p.82-95, jul./jun. 2000.

MATIELLO JÚNIOR, E. **Educação Física, Saúde Coletiva e a Luta do MST: Reconstruindo relações a partir das violências**. 2002. 155f. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set.-out. 2004.

MENDES JÚNIOR, W.V.; BOMFIM, R.L.D. Caderno de funções gestoras e seus instrumentos. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

MERHY, E. Integralidade: Implicações em Xequê. In.: PINHEIRO, R.; FERLA, A.A.; MATTOS, R.A. (Org.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCS, IMS/UERJ/CEPESC, 2005.

MEZZARROBA, C. Saúde na Educação Física: compreensões, reflexões e perspectivas a partir de um conceito amplo e social de saúde. In: DANTAS JUNIOR, Hamilcar Silveira; KUHN, Roselaine; ZOBOLI, Fábio; DORENSKI, Sérgio (Orgs.). **Educação Física, esporte e sociedade: temas emergentes**, v. 5. São Cristóvão/SE: Editora da UFS, 2012 (no prelo).

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 257p.

NAKAMURA, P.M. et al. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v15, n.2, p. 128-132, abr.-jun. 2010.

NOGUEIRA, R.P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface**, vol. 7, n.12, fev., 2003.

OLIVEIRA, D.C. et all. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 197-206, jan. 2008.

Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. 2006. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva>. Acesso em 12 ago.2009.

- PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Revista. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, ago. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001>. Acesso em 27 set.2009.
- PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: Uma revisão de literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, v.14, n.1, p. 97-106, jan./jun. 2000.
- PASQUIM, H.M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n.1, mar.2010.
- PEREZ, C.G.;MORALES, T.D. El futuro de la salud pública en el contexto político-social actual. **Rev. cub. salud pública**, La Habana, v. 35, n. 3, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2009.
- POZENA, R.; CUNHA, N.F.S. Projeto “Construindo um Futuro Saudável através da prática da atividade física diária”. **Saúde e Sociedade [online]**, v.18, supl.1, p. 52-56, jan.-mar. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000500009&script=sci_abstract&tlng=pt. . Acesso em: 12 nov. 2010.
- QUELHAS,A.; NOZAKI, H.T. A formação do professor de educação física e as novas diretrizes curriculares frente aos avanços do capital. **Motrivivência**, a. XVIII, n. 26, p. 69-87, jun.2006.
- QUINT, F.O. et all. Reflexões sobre a inserção da educação física no Programa Saúde da Família. **Motrivivência**, a. XVII, n. 24, p. 81-95, jun.2005.
- REUBENS, A.; DIEGO, A.; MARCELINO, R. “Conhecendo minha comunidade”: O cuidado em saúde mental no território das práticas corporais. **Ciência e Compromisso Social: implicações na/a educação física e ciência do esporte**. XVII CONBRACE, IV CONICE, 2011, 11 a 16 de setembro, Porto Alegre.
- SANTOS, L.M. et all. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista Saúde Pública**. v. 40, n.9, p.346-52, 2006.
- SAPAG, Jaime C; KAWACHI, Ichiro. Capital social y promoción de la salud en América Latina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 27 out.2009.
- SERGIPE. Governo de Sergipe. Secretaria de Estado da Saúde. **Política Estadual de Atenção Psicossocial**.2010. Disponível em: www.saude.se.gov.br.
- _____. Prefeitura Municipal de Aracaju. Secretaria Municipal de Administração. Edital nº 01, de 07 de junho de 2010.
- SILVA JUNIOR, et al. Autonomia e educação física: uma perspectiva à luz do ideário da promoção da saúde. **Conexões**, Revista da Faculdade de Educação Física da Unicamp, v. 4, n.1, p.13-29, 2006.
- SISSON, M.C. Identidades Profissionais na Implantação de Novas Práticas Assistenciais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.1, p. 116-22, 2009.
- SILVA, K.L.; SENA, R. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.4, p.488-91, jul-ago.2006.

SOUZA NETO, S. et al. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 113-28, jan. 2004.

TAFFAREL, C.N.Z. A formação profissional e as diretrizes curriculares do Programa Nacional de Graduação: O assalto às consciências e o amoldamento subjetivo. **Revista da Educação Física**. UEM, v. 9, n.1, p.13-23, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE. **Projeto de Reformulação do Curso de Licenciatura em Educação Física**. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Colegiado do Curso de Educação Física. São Cristóvão: 2008.

WAAL, M. et all. Evaluation of community level interventions to address social and structural determinants of health: a cluster randomised controlled trial. **BMC Public Health**. v.9, p. 207, jun. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713231/?tool=pubmed>. Acesso em 27 out.2009.

VIEIRA, M.J. Representação de doença entre pós-graduandos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, v. 50, n. 1, p. 93-106, 1997.

WACHS, F.; FRAGA, A.B. Educação Física em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Campinas, v.31, n.1, p.93-107, set. 2009.

WARSCHAUER, M. et al. As escolhas das práticas corporais e dos profissionais que as conduzem nas unidades básicas de saúde do distrito Butantã/ SP. In: **XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, II Congresso Internacional de Ciências do Esporte**, 2007, Recife. Apresentação oral. Disponível em: www.cbce.org.br/cd/resumos/003.pdf. Acesso em: 20/07/10.

ZAPPELINI, L.D.; OLIVEIRA, C.S. O processo de acolhimento em saúde mental: construindo mudanças. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 21, n. 2, p.67-80, jul-dez., 2007.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PROJETO: A formação do profissional de educação física e as práticas de integralidade do cuidado na Saúde Coletiva: perspectivas e desafios

AUTORA: Flávia Cristina dos Santos Matos Silveira

ORIENTADORA: Profª Dra. Maria Jésia Vieira

INSTRUMENTO MISTO**I – IDENTIFICAÇÃO:**

Idade:

Gênero: () M () F

Graduação em educação física: ano _____

() Pública () Particular cidade: _____

Onde trabalha? Há quanto tempo? _____

() Pública () Particular () Outros _____

Tempo de atuação na área da saúde:

II – INFORMAÇÕES GERAIS:

1)Tempo de trabalho na Saúde Coletiva:

2)Quais ações são desenvolvidas:

3)Estão articuladas junto à equipe de saúde tendo em vista a integralidade do cuidado?

4)Existe planejamento? Se sim, como ele está organizado?

5)Reunião de equipe? Com que frequência? Quais objetivos?

III – QUESTIONÁRIO:

1)A sua formação contribuiu para sua atuação na saúde coletiva? De que forma?

2)Houve alguma disciplina que abordasse o tema saúde coletiva? Qual? De que forma o tema foi abordado?

3) Existe algum tipo de dificuldade que interfere na sua prática no que diz respeito à formação em educação física? Qual?

4) Existe algum tipo de facilidade que contribui na sua prática no que diz respeito à formação em educação física? Qual?

5) Como você avalia seu preparo para atuar nesta área?

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim

Justifique sua resposta.

6) Que motivo o(a) levou a atuar na área da saúde coletiva?

7) Após a graduação você se utilizou de outros recursos para dar suporte à sua atuação na saúde coletiva? () Sim () Não Qual?

8) Que sugestões você daria para favorecer o preparo do profissional de educação física na graduação para atuar na área de saúde coletiva?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “**A formação do profissional de educação física e as práticas de integralidade do cuidado na Saúde Coletiva: perspectivas e desafios**” que tem como objetivo analisar a contribuição da formação em educação física para a atuação dos profissionais em relação às práticas de integralidade do cuidado na saúde coletiva, sob responsabilidade da pesquisadora Flávia Cristina dos Santos Matos Silveira, tendo como orientadora a Prof. Dra. Maria Jésia Vieira.

Sua participação não é obrigatória, será de forma gratuita, anônima e consistirá em responder um instrumento contendo identificação do profissional, informações gerais e questionário contendo 08 perguntas. Em qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, sem prejuízos.

As informações obtidas serão utilizadas sem que apareçam os nomes dos participantes, sendo confidencial e sigiloso conforme asseguram as normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e os resultados do estudo serão utilizados como parte fundamental para o desenvolvimento deste trabalho, a ser posteriormente divulgado entre a comunidade científica.

Eu.....declaro que fui devidamente esclarecido(a) da minha participação na pesquisa acima citada. Caso tenha dúvidas ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar a pesquisadora responsável ou sua orientadora.

Aracaju, ____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO SUJEITO

ASSINATURA DA PESQUISADORA

Contatos: e-mail - flavia.silveira@saude.se.gov.br/ flavina.silveira@gmail.com/ Tel.: (79)8815-3325 – 8824-1851

APÊNDICE C



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, portador do RG _____, Secretário Municipal de Saúde de Aracaju, declaro estar ciente da realização do projeto de pesquisa “**A formação do profissional de educação física e as práticas de integralidade do cuidado na Saúde Coletiva: perspectivas e desafios**” junto aos profissionais desta secretaria, tendo como objetivo analisar a contribuição da formação em educação física para a atuação dos profissionais em relação às práticas de integralidade do cuidado na saúde coletiva, sob responsabilidade da pesquisadora Flávia Cristina dos Santos Matos Silveira e com orientação da Prof. Dra. Maria Jésia Vieira.

Tenho conhecimento de que para se atingir o objetivo desta pesquisa faz-se necessário o fornecimento da relação de profissionais lotados nessa instituição, a fim de viabilizar a identificação e localização destes para preenchimento de um instrumento contendo identificação, informações gerais e questionário. Desta forma, autorizo a pesquisadora Flávia Cristina dos Santos Matos Silveira (RG 3.036.267-9 – SSP/SE) a realizar a pesquisa com os profissionais da área de educação física ao tempo em que sou favorável à utilização os dados coletados na comunidade científica.

Aracaju, ____ de _____ de 20 ____

ASSINATURA DO SECRETÁRIO

ASSINATURA DA PESQUISADORA

ASSINATURA DA ORIENTADORA