

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO**

MARCELO SKOWRONSKI

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES PARA ATUAÇÃO
NOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO BRASIL**

PORTO ALEGRE

2014

Marcelo Skowronski

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES PARA ATUAÇÃO
NOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência do Movimento Humano da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Alex Branco Fraga

PORTO ALEGRE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Carlos Alexandre Netto

Vice-Reitor: Rui Vicente Oppermann

ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Diretor: Alberto Reinaldo Reppold Filho

Vice-Diretor: Flávio Antônio de Souza Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO

Coordenadora: Janice Zarpellon Mazo

Coordenador Substituto: Alexandre Simões Dias

CIP - Catalogação na Publicação

Skowronski, Marcelo

EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES
PARA ATUAÇÃO NOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE
NO BRASIL / Marcelo Skowronski. -- 2014.

130 f.

Orientador: Alex Branco Fraga.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física, Programa
de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano,
Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Educação Física. 2. Academia da Saúde. 3.
Formação em Serviço. 4. Trabalho em Saúde. 5. Atenção
Básica. I. Fraga, Alex Branco, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PPGCMH UFRGS

Rua Felizardo, 750 – Jardim Botânico

CEP 90690-200 – Porto Alegre – RS – Brasil

Telefone: (51) 3308-5829 / (51) 3308-5830

E-mail: ppgcmh@ufrgs.br

Marcelo Skowronski

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES PARA ATUAÇÃO
NOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO BRASIL**

Aprovado em 29 de Setembro de 2014

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Janice Zarpellon Mazo (UFRGS/RS)

Prof.^a Dr.^a Andréa Kruger Gonçalves (UFRGS/RS)

Prof. Dr. Felipe Wachs (UFG/GO)

Orientador – Prof. Dr. Alex Branco Fraga (UFRGS/RS)

RESUMO

Programas no âmbito da promoção da saúde envolvendo práticas corporais/atividade física começam a ter maior visibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS) com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no ano de 2006, a qual dispõe sobre diretrizes e estratégias de promoção da saúde no SUS. Em 2011 o Ministério da Saúde lança o Programa Academia de Saúde com o objetivo de potencializar a promoção da saúde, a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população. A implantação nos municípios deste programa se deu por meio de estruturas físicas chamadas polos, localizados na atenção básica, onde os profissionais da área de saúde entre eles os profissionais de educação física, devem lidar de modo mais direto com práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, manifestações artísticas, educação em saúde, entre outros, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde. Este estudo teve como objetivo central compreender os saberes que são mobilizados para o trabalho desenvolvido nas Academias da Saúde pelos profissionais de educação física. De forma específica, buscou-se identificar como os saberes são mobilizados e de que maneira podem ser articulados com o trabalho da educação física em outros serviços de saúde da atenção básica. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa e descritiva que teve como colaboradores profissionais de educação física que atuavam em polos de Academias da Saúde no Brasil. O método de trabalho envolveu o mapeamento dos profissionais registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) até 14 de junho de 2013, e posteriormente duas etapas virtuais. Na primeira etapa foram enviadas mensagens por e-mail para 615 profissionais, onde foi apresentado um questionário básico para manifestação de aceite. A segunda etapa consistiu na realização de entrevistas *online* via *Skype*, *Facebook* e *Google Talk* com 14 profissionais de 11 estados. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas a partir da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009), com o emprego da técnica de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2007). Os resultados foram interpretados com base nas respostas dos colaboradores das entrevistas, além do material teórico-conceitual sobre saberes, desenvolvido por Tardif (2012) no campo da educação e conceitos referentes ao trabalho no campo da saúde, tais como: promoção da saúde, formação em saúde, cuidado, “trabalho vivo em ato”, “valises tecnológicas”, “caixa de ferramentas”, integralidade, saúde coletiva e atenção básica. A formação em serviço, a formação continuada e o emprego de tutores informais em serviço se destacaram como fontes de referência para a mobilização, construção e ressignificação dos saberes necessários para atuação do profissional de educação física nas Academias da Saúde. Os saberes da experiência, os saberes processuais, os saberes da formação profissional e ainda os saberes disciplinares, constituem-se como uma “caixa de saberes-ferramenta” que podem ser constituídos desde a formação inicial e continuados no trabalho vivo em ato. Desta forma, entende-se que os profissionais de educação física terão condições de compor e recompor sua bagagem de saberes a serem mobilizados nos serviços de saúde em consonância com as diretrizes do SUS. Não obstante, esta dissertação também visou mapear as políticas de formação em educação física voltadas para o campo da saúde pública e inspiradas nos pressupostos teóricos da saúde coletiva.

Palavras-chave: Educação Física; Academia da Saúde; Formação em Serviço; Trabalho em Saúde, Atenção Básica.

ABSTRACT

SKOWRONSKI, Marcelo. 130 f. **PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH: A KNOWLEDGE MOBILIZATION FOR ACTION IN THE POLES OF THE PROGRAM ACADEMY OF HEALTH IN BRAZIL.** Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Programs aiming to promote health involving bodily practices/physical activity begin to have greater visibility in the Brazilian Unified Health System (SUS) with the publication of the National Policy for Health Promotion (PNPS) in 2006, which provides guidelines and strategies for health promotion in SUS. In 2011 the Brazilian Ministry of Health launched the Academy of Health Program with the goal of enhancing the promotion of health care production and healthy life styles of the population. The deployment in the cities of this program was through physical structures called poles, targeting a primary care, where health care professionals including Physical Educators, must deal more directly with bodily practices and physical activity, nutrition healthy, artistic events, health education, among others, within a broader health perspective. This study had as its central objective to understand the knowledge that is mobilized to work at the Academy of Health by physical education professionals. Specifically, we sought to identify how knowledge is mobilized and how they can be coordinated with the work of physical education in other health services in primary care. It's characterized as a qualitative and descriptive research that had as employee's physical education professionals who work in poles of Academy of Health Program in Brazil. The working method involved the mapping of professionals registered in the National Health Care Establishments Register (CNES) until June 14, 2013, and subsequently two virtual steps. In the first stage messages were sent by e-mail to 615 professionals, where a basic questionnaire was presented for demonstration of acceptance. The second stage consisted of online interviews via Skype, Facebook and Google Talk with 14 professionals from 11 states. The interviews were recorded, transcribed and analyzed through the Content Analysis (BARDIN, 2009), using the technique of thematic content analysis (MINAYO, 2007). The results were interpreted based on the responses of the employees of the interviews, in addition to the theoretical and conceptual material on knowledge developed by Tardif (2012) in the field of education and concepts related to work in the health field, such as health promotion, training in health care, "live work in action", "technological suitcases", "toolbox", comprehensiveness, public health and primary care. In-service training, continuing education and employment of casual tutors in service stood out as referral sources for mobilization, construction and reinterpretation of knowledge required for the role of physical education at the Academy of Health. Knowledge of experience, procedural knowledge, knowledge of vocational training and further disciplinary knowledge, constitute themselves as a "tool box of knowledge" that can be formed from the initial and continuing training in live work in action. Thus, it is understood that the physical education teachers will be able to compose and recompose your luggage knowledge to be mobilized in health services in line with the guidelines of the SUS. Never the less, this dissertation also aimed to map for political training in physical education related to the field of public health and inspired the theoretical principles of public health.

Key-words: Physical Education; Academy of Health; In-Service Training; Health Work; Primary Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Resultados da revisão de literatura realizada entre agosto 2012 e maio 2013 ...	20
Ilustração 2 – Resultados da revisão de literatura realizada após a qualificação do projeto	21
Ilustração 3 - Polo de modalidade básica do Programa Academia da Saúde	30
Ilustração 4 – Polo de modalidade intermediária do Programa Academia da Saúde	31
Ilustração 5 – Polo de modalidade ampliada do Programa Academia da Saúde.....	31
Ilustração 6 – Profissionais que poderão compor a equipe do Programa AcadS	33
Ilustração 7 – Principais programas precursores ao Programa Academia da Saúde	35
Ilustração 8 – Classificação dos Saberes	43
Ilustração 9 – Competências Gerais e Específicas do profissional de EF na atenção básica ...	47
Ilustração 10 - Achados na base de dados SABi sobre Análise de Conteúdo e Educação Física	67
Ilustração 11 – Resumo do contato para seleção de colaboradores.....	72
Ilustração 12 – Estrutura das categorias de análise de acordo com as questões da entrevista .	76
Imagem 1 – Academia da Terceira Idade (ATI).....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AcadS – Academia da Saúde
AcadC – Academia da Cidade
ATI – Academia da Terceira Idade
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO – Cadastro Brasileiro de Ocupações
CEFD – Centro de Educação Física e Desportos
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
EEFE – Escola de Educação Física e Esporte
EF – Educação Física
EsEF – Escola de Educação Física
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde
MS – Ministério da Saúde
PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
POLIFES – Políticas de Formação em Educação Física e Saúde
PPGCMH – Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano
PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
RBCE – Revista Brasileira de Ciências do Esporte
SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
VER-SUS – Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
POLO 2: ACADEMIA DA SAÚDE, EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE - UMA APROXIMAÇÃO.....	18
2.1 INDEXADORES DE BUSCA	19
2.2 RESULTADOS DA REVISÃO	21
POLO 3: O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.....	27
3.1 ESTRUTURA DOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE.....	29
3.2 RECURSOS PARA AS AÇÕES DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE	32
3.3 PROGRAMAS PRECURSORES AO ACADEMIA DA SAÚDE.....	34
3.4 DIFERENTES ENFOQUES DE PROGRAMAS PÚBLICOS ENVOLVENDO ATIVIDADE FÍSICA/PRÁTICAS CORPORAIS.....	38
POLO 4: OS SABERES E A CONSTRUÇÃO DA ‘BAGAGEM’ PROFISSIONAL	41
4.1 A DIVERSIDADE DOS SABERES E SUAS FONTES	41
4.2 A PRODUÇÃO DE SABERES NA EDUCAÇÃO FÍSICA.....	45
4.3 CAMINHOS E CONSTRUÇÃO DOS “POLOS DE SABERES” PARA A BAGAGEM PROFISSIONAL	49
4.3.1 Alguns “polos de saberes”	51
4.3.2 A formação em serviço e o “trabalho vivo”	57
POLO 5: METODOLOGIA	62
5.1 (DES)ENCONTRO COM O OBJETO DE PESQUISA.....	63
5.2 TIPO DE PESQUISA	65
5.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO NA LITERATURA ACADÊMICA.....	66
5.4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	69
5.4.1 Delimitação dos locais e sujeitos do estudo	69
5.4.2 Etapas de coleta dos dados	73
5.4.3 Tratamento dos dados.....	74
POLO 6: ANÁLISE DOS RESULTADOS	75
6.1 UNIVERSO DO ESTUDO	77
6.1.1 Estrutura física e estrutura de funcionamento dos polos	77
6.1.2 Usuários atendidos.....	80
6.1.3 Atividades desenvolvidas	81
6.1.4 Os profissionais	84
6.2 A MOBILIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE SABERES	85
6.2.1 Saberes acadêmicos e a formação em serviço	86
6.2.1.1 Processos de formação continuada	91
6.2.1.2 Aprendizagem permanente em serviço.....	95

6.2.2 Mobilizando saberes com tutores informais em serviço	98
6.2.2.1 Tutores informais e trocas multiprofissionais	100
MULTIPOLOS	105
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICES	126
APÊNDICE A – E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA	126
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO <i>ONLINE</i>	127
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA <i>ONLINE</i>	129
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130

APRESENTAÇÃO

Em uma tarde de férias, passeando pelo parque do Ingá, na cidade de Maringá/PR, observei diversas pessoas se exercitando ao ar livre em aparelhos fixados nos arredores do parque. O formato dos equipamentos era bem diferente dos comumente encontrados em academias de ginástica e musculação, mas pareciam seguir os mesmos princípios, ao menos do ponto de vista da mecânica dos movimentos realizados. A minha primeira iniciativa, ainda como graduando de Educação Física (EF) no ano de 2009, foi tentar encontrar um profissional responsável por aquela atividade. Uma atitude normal para estudantes de (e até mesmo graduados em) EF que em certo momento da carreira defenderam a ideia de que para toda e qualquer atividade física deva existir uma supervisão. Percebi que se tratava de um espaço público com uma infraestrutura reproduzida em diversas regiões da cidade, onde qualquer pessoa poderia fazer o uso dos aparelhos da maneira como achasse ideal. Aquilo de certa forma feria o orgulho pela profissão e me instigava a encontrar significados para as circunstâncias observadas.

Mais tarde, ainda no curso de Licenciatura em EF, na disciplina de Tópicos Especiais IV: Educação Física Especial em Saúde Pública, ministrada pelo professor Dr. Felipe Wachs, tive meu primeiro contato na graduação sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as possibilidades de atuação do profissional de EF neste campo¹. Foi também neste momento que emergiram algumas discussões e conceitos sobre saúde, em especial, promoção da saúde e em uma das aulas foi solicitado pelo professor que buscássemos espaços públicos com potencial de trabalho para profissionais de EF. Esta situação me fez pensar novamente nas academias observadas em Maringá/PR e acabei realizando um levantamento sobre a estrutura e funcionamento destas, não só naquele município, como também em algumas cidades brasileiras, especialmente Porto Alegre, com o intuito de observar a dinâmica destes locais.

O assunto rendeu muitos comentários e questionamentos sobre a atuação do profissional de EF, com destaque para a necessidade, ou não, de haver um responsável em cada estrutura de equipamentos existente em praças ou parques. Fundamentávamos nossas discussões com um olhar técnico, pensando nas repetições de cada exercício, na execução correta, no controle da frequência cardíaca, pressão arterial, reflexo da formação acadêmica carente de conteúdos que contemplassem aspectos sobre saúde em um contexto mais social do

¹ O conceito de "campo e núcleo de saberes e práticas" (CAMPOS, 2000, p. 216) é amplamente difundido na Saúde Coletiva e também será utilizado neste trabalho. Desta forma, entende-se por núcleo "a identidade de uma área de saber e de prática profissional", representada aqui pela EF. Já o campo configura-se como "um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam, nas demais, o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas", portanto, o campo da saúde (CARVALHO, 2007, p. 129-130).

que biomédico. Ou conforme destaca Luz (2007, p. 11), pelo fato de a educação física ser “herdeira de um conjunto de saberes e práticas tradicionais ligados ao treinamento do corpo e/ou seu adestramento, que antecedeu a medicina moderna e a clínica das especialidades”.

Atuando durante e após a graduação em licenciatura (2010) em vertentes do bacharelado na EF, seja como treinador personalizado ou através de assessorias esportivas voltadas ao condicionamento físico, rendimento e busca do bem estar por meio da prática orientada de corrida e caminhada, sentia a necessidade de complementar minha formação. Ao mesmo tempo via emergindo o interesse por intervenções que pudessem transpor a lógica do “aluno planilha”, aonde minha relação com o praticante não ia muito além de corrigir a técnica do movimento executado e saber se o aluno estava fazendo o treino conforme previsto em planilhas.

Percebi que minha prática em algum momento possuía ligação com os equipamentos estudados nesta disciplina da graduação. Entendia que daqueles espaços públicos poderiam surgir novas possibilidades de atuação profissional e que viessem atender minhas expectativas de atuação agora voltadas para o “saber-fazer”² (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p. 383) no contexto da saúde, entendendo esta como algo além do estar doente ou saudável em termos biológicos, mas sim uma saúde na perspectiva de múltiplos fatores que possibilitem a vontade e a alegria de viver, mesmo em situações adversas como na doença, na precariedade de determinantes sociais como condições de trabalho e habitação, por exemplo. Já não me interessava mais saber se existia ou não um profissional de EF orientando as atividades destas academias, porém, caso existisse, qual seria a função e os objetivos das intervenções do profissional junto aos frequentadores destes espaços?

Desta forma, mesmo sem saber que um programa chamado Academia da Saúde fora lançado pelo Ministério da Saúde no mês de abril de 2011, tentei minha primeira seleção dentro do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) em maio de 2011, com o pré-projeto intitulado “O papel das academias públicas em relação às práticas corporais e a promoção da saúde de seus participantes na cidade de Porto Alegre”, que tratava das Academias da Terceira Idade (ATI). Minha intenção era identificar se estas academias tinham os mesmos princípios de academias privadas, ou seja, foco no exercício e condicionamento físico, estética, ou englobavam outras propostas.

² O saber-fazer é “simultaneamente um fazer e um saber”, onde o saber pode ser compreendido como os conhecimentos e o fazer como um “conjunto de ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos” (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p. 382-383).

Retornei em 2012 para uma nova e exitosa tentativa, agora também cursando bacharelado em EF e ainda mais interessado pela temática das academias, especialmente por saber da existência do Programa Academia da Saúde. Os objetivos naquele segundo pré-projeto eram diversos e contemplavam novamente as ATI de Porto Alegre. As ATI, também conhecidas como Academias da Cidade em outras regiões do país, surgiram antes da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2006) e das Academias da Saúde em 2011, no entanto, optei por escolher como tema de pesquisa as Academias da Saúde, por estas apresentarem, ao menos na teoria, um campo de atuação mais abrangente, impregnado dos conceitos de cuidado, promoção da saúde, além de serem um equipamento de Atenção Básica³ (AB) pertencente à rede de saúde vinculada ao SUS e, portanto, identificadas em todo o cenário nacional.

Juntamente com meu orientador, decidi por manter a centralidade da investigação no profissional⁴ de EF que atua nestes espaços. Como resultado, apresento agora um estudo junto aos polos do Programa Academia da Saúde no Brasil, onde busquei compreender os saberes mobilizados pelos profissionais de EF para realizar o trabalho nestes espaços, em conjunto com a comunidade e outros profissionais da área da saúde.

Formação em saúde, saúde coletiva, SUS, AB, promoção da saúde, EF e AcadS são alguns dos principais temas pelos quais transito neste trabalho. Para tanto, coloco-me como egresso (formado em 2010) do curso de EF licenciatura e também como formando (2014) em EF bacharelado, para dialogar com o campo da saúde.

Acho oportuno apresentar que o interesse em estudos sobre formação me acompanha desde a licenciatura na EF, no entanto naquela época desenvolvi meu trabalho final do curso na área escolar. Ali já fazia parte do grupo de estudos e pesquisas Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES), que se dedica a questões sobre currículo, docência, práticas corporais em serviços de saúde, programas de promoção da atividade física, gerando as mais diferentes produções: (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012; 2013; WACHS, 2013; 2008; BUENO, 2012; CESARO, 2012; BASTOS, 2011; NUNES, 2010; BOSSLE,

³ Atenção Básica (AB) refere-se ao primeiro nível de atenção em saúde disponível para a população no contexto do SUS. Como sinônimo de AB, também é utilizada a terminologia Atenção Primária à Saúde (APS), empregada inclusive internacionalmente e segundo Mello, Fontanella e Demarzo (2009), sem que haja prejuízo conceitual ao empregá-la. Para saber mais sobre as origens e a indistinguibilidade de ambas recomendo o artigo de revisão que os referidos autores desenvolvem, mostrando inclusive a existência de uma disputa ideológica na utilização dos termos, a qual não se objetiva discutir neste trabalho.

⁴ O Cadastro Brasileiro de Ocupações (CBO) tem por finalidade identificar as ocupações existentes no mercado de trabalho. Em 2012 foi lançado um código específico, até então não existente para os trabalhadores de educação física que atuam no campo da saúde: Profissional de Educação Física na Saúde. Portanto, neste trabalho será utilizada como referência a nomenclatura profissional e não professor.

2009; TEIXEIRA, 2009), fato que ajudou a potencializar o desejo em estudar a formação dos profissionais em EF, agora voltado para o campo da saúde.

INTRODUÇÃO

Programas no âmbito da promoção da saúde envolvendo práticas corporais/atividade física começam a ter maior visibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS) com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no ano de 2006, a qual dispõe sobre diretrizes e estratégias de promoção da saúde no SUS. Recentemente, através da Portaria nº 719/GM/MS de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011a), foi lançado pelo Ministério da Saúde, o Programa AcadS, já redefinido pela Portaria nº 2.681/GM/MS, de 07 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013a). Tal iniciativa pretende contribuir no âmbito da “promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população” (BRASIL, 2013a, p. 01), através da implantação de polos em diferentes municípios do Brasil, que além da estrutura física, contarão com a presença de profissionais da área da saúde para promover e orientar a população em atividades variadas como de práticas artísticas, de educação em saúde, práticas corporais, atividades físicas, entre outras. Tendo em vista suas características, bem como o fato de se chamar Academia, este programa parece ser um lugar talhado para a atuação do profissional de EF.

Pensando no campo de atuação emergente e simulando a hipótese de um dia poder atuar nos espaços do Programa AcadS, acabei questionando de que forma procederia quando inserido neste serviço de atenção básica (AB) em saúde? Por onde começaria? Quais atividades poderia propor para promover a saúde dos participantes? Que tipo de saúde seria almejado naquele espaço? Os conteúdos aprendidos na graduação para o trabalho com escolares, por exemplo, poderiam ser aplicados da mesma forma com o público nas AcadS? Como, em que momento e em qual situação mobilizaria saberes para desenvolver com segurança meu trabalho junto a um programa ligado ao SUS, que deve estar articulado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)? A partir deste lugar que foi projetada a dissertação, ou seja, posiciono-me como um pesquisador pertencente ao núcleo da EF que tem por objetivo lançar o olhar para o campo da saúde a fim de contribuir com os profissionais da área que pretendam desenvolver seus trabalhos nas AcadS ou outros serviços da atenção básica. Ainda nesta direção, entende-se que profissionais

de outras áreas da saúde poderão fazer reflexões sobre o papel/contribuições do profissional de EF nos serviços de saúde.

As questões apresentadas no parágrafo anterior traziam estranhamentos que por vezes até fizeram pensar porque a EF estava inserida em alguns serviços de AB. Afinal o que teríamos para oferecer por lá? Talvez o fato de não termos historicamente um lugar instituído nos serviços de saúde tal como nas escolas (quadras, ginásios, instrumentos materiais), nos centros de treinamento, nas academias, pudesse justificar a falta de identidade da EF nos serviços de AB. Ainda neste sentido, Luz (2007) destaca a necessidade de se convencer que a EF é profissão compatível com o SUS, o que não acontece, por exemplo, com a medicina, fisioterapia, enfermagem, que possuem um vínculo com os serviços de saúde socialmente reconhecido.

Contudo, agora a força do nome Academia da Saúde parecia identificar um local/território⁵ de pertencimento do profissional de EF, mesmo que nela não houvesse a previsão de trabalharem somente profissionais de EF. Por outro lado, é necessário entender que não basta ter um lugar para ser reconhecido e requerido nos serviços de saúde. É preciso construir saberes que potencializem e legitimem a função do profissional de EF, não somente nos polos de AcadS, mas também em outros mecanismos centrados na AB.

A dificuldade em enxergar um lugar para a EF na AB pode ser justificada por serem raros os momentos da formação acadêmica nos quais tive contato com a temática da saúde no âmbito do SUS, exceto em 2012 ao reingressar no curso de bacharelado em EF na EsEF/UFRGS e ter realizado pelo menos duas disciplinas que abordaram conteúdos nesta linha. Ainda neste sentido, conforme destaca Paulo (2013), ao analisar a formação dos profissionais de EF na perspectiva da saúde pública⁶ em instituições de ensino superior públicas de São Paulo e também autores como Pasquim (2010), Anjos e Duarte (2009), Ceccim e Bilibio (2002), estudos sobre o SUS e Saúde Coletiva (SCol) normalmente não compõem o conjunto de leituras das disciplinas dos cursos de EF no Brasil.

⁵ No campo da saúde território pode ser definido como algo que construímos quando estabelecemos uma relação Ceccim e Merhy (2009), sendo um espaço construído diariamente, resultado da “dinâmica social” e que se caracteriza por ser um “território pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Mais do que um território solo ele é, ademais, território econômico, político, cultural e epidemiológico” (CARVALHO, 2007b, p. 114-115).

⁶ Saúde pública pode ser definida como um “domínio genérico de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma dada sociedade dirigidos a um ideal de bem-estar das populações - em termos de ações e medidas que evitem, reduzam e/ou minimizem agravos à saúde, assegurando condições para a manutenção e sustentação da vida humana” (CASTIEL, 2008).

Segundo Bueno (2012), mesmo que de forma incipiente, a presença de profissionais de EF em serviços do SUS vem sendo cada vez mais discutida. Pasquim (2010) destaca que tais circunstâncias podem ser observadas em algumas políticas de Estado, como, por exemplo, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) de 2006 e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de 2008, por estas reservarem determinada importância para intervenções na área temática das Práticas Corporais/Atividade Física. Ainda segundo o autor, “esses, entre outros, contribuíram para uma crescente expectativa de inclusão do profissional de educação física no SUS, deixando em evidência a necessidade de pensar a formação em saúde” (PASQUIM, 2010, p. 195).

Como já indicado na apresentação, esta proposta de trabalho teve como objetivo principal compreender os saberes que são mobilizados pelos profissionais de EF para atenderem as demandas das comunidades nos polos de AcadS. A definição de mobilização se aproxima do sentido atribuído por Zibetti; Souza, (2007, p. 249) em relação ao exercício da docência em escolas. Para estes autores, estudar a mobilização de saberes “permite conhecer de que forma os professores transformam em prática pedagógica as diferentes experiências formativas vividas ao longo da carreira profissional”. Nesta mesma direção, mobilizar implica no acesso do professor, aqui profissional, ao “reservatório” (GAUTHIER *et al.*, p. 28) de saberes “para responder a exigências específicas de sua situação concreta de ensino”, refinando saberes “úteis ou não à prática, mantidos ou modificados” (ZIBETTI; SOUZA, 2007, p. 252) com suas intervenções no trabalho. Na medida em que esta dissertação trata de um serviço de saúde, foram feitas adaptações visando uma discussão no campo da saúde, utilizando os espaços das AcadS para compreender como os profissionais de educação física traduzem na prática suas diferentes vivências de formação. De forma específica, busca-se também identificar como os saberes são mobilizados e como podem ser articulados com o trabalho da EF nas AcadS e eventualmente em outros serviços de saúde da AB. Para contemplar essa problematização, foram realizadas entrevistas virtuais semiestruturadas com 14 profissionais de EF trabalhadores de AcadS em 11 estados do Brasil.

Cabe destacar que o termo saberes adotado aqui se aproxima da discussão realizada por Tardif (2012, 2000) no campo da educação, que em um sentido ampliado compreende “os conhecimentos, as competências, as habilidades (ou aptidões) e as atitudes” (TARDIF, 2000, p. 9-10) do profissional para o trabalho. Ainda de acordo com o autor, existem pelo menos quatro dimensões de saberes que constituem o trabalho docente e também podem ser aplicadas ao trabalho do profissional da saúde, são eles: “saberes oriundos da formação profissional e de saberes disciplinares, curriculares e experienciais” (TARDIF, 2012, p. 36).

Em que pese este repertório conceitual não ser comumente usado por pesquisadores do campo da saúde que transitam na interface com o campo da educação, e mesmo não sendo possível estabelecer uma relação direta entre a discussão sobre formação docente e formação profissional, as formulações de Tardif e demais autores que nelas se apoiam compuserem um quadro teórico muito interessante para analisar os saberes de um núcleo da saúde com forte tradição escolar.

Esse trabalho pretende contribuir para a formação dos profissionais, em especial os da EF, que venham a atuar nas AcadS ou em outros serviços de saúde que estejam conectados com a SCol e a AB. Entende-se aqui SCol como “um campo de saberes e de práticas que toma como objeto as necessidades sociais de saúde, com intuito de construir possibilidades interpretativas e explicativas dos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, visando a ampliar significados e formas de intervenção” (CARVALHO, 2007, p. 20). Complementando, Carvalho (2007, p. 96) entende que dois elementos são centrais para a sua formulação: “saúde como um processo resultante de múltiplos determinantes sociais” e “a temática do processo de trabalho em saúde”. Ou seja, é de suma importância que o profissional de EF identifique formas de agir nos territórios de saúde que não se restrinjam aos “ganhos” biológicos (redução da pressão arterial, controle glicêmico, melhorias cardiorrespiratórias) para a população. Assim, pretende-se aqui dar maior visibilidade aos saberes específicos do núcleo da EF, que ainda carecem de estudos para se compreender quais são os conhecimentos necessários para o trabalho da EF no campo da saúde, procura-se mostrar também como alcançá-los e de que forma mobilizá-los quando demandados.

A estrutura desta dissertação é sustentada em seis “Polos”, metáfora criada a partir do nome dado à estrutura física e de pessoal das unidades do Programa AcadS. Inicialmente apresenta-se o contexto no qual será desenvolvida esta produção teórica, sendo esse fator fundamental para que as próximas etapas sejam compreendidas. No segundo Polo uma revisão de literatura sobre o que já foi produzido em áreas que se aproximam à temática deste estudo, independentemente da corrente teórica a que estão atrelados. No Polo três, descreve-se o Programa AcadS, mostrando suas características e fazendo uma ligação com outros programas públicos que se dedicam à temática da promoção da saúde por meio da atividade física e das práticas corporais. No quarto Polo inicia-se uma aproximação teórico-conceitual com a temática central do trabalho, apresentando as tipologias e categorizações de saberes (TARDIF, 2012; GAUTHIER *et al.*, 1998), procurando direcionar o enfoque para a área da saúde. Neste mesmo Polo também serão apresentadas as formas e os locais de onde podem ser aprendidos/extraídos/recriados os conhecimentos que irão constituir a bagagem do

profissional de EF para atuação nos polos de AcadS e no campo da saúde. Concomitantemente, aparecem alguns conceitos que permeiam o trabalho no SUS, com base em alguns autores como Merhy; Franco (2008), Ceccim; Merhy (2009), Ceccim; Feuerwerker (2004a, 2004b); Ceccim; Bilibio (2002, 2007), Bagrichevsky (2007). Foi na perspectiva desses e de outros autores do campo, mas alinhado à categorização de saberes de Tardif (2012), que foi estabelecida uma “conversa” com os dados encontrados no campo a fim de produzir e sustentar as reflexões finais da dissertação. No quinto Polo é apresentada a metodologia, onde é descrita a natureza do estudo e os aspectos gerais sobre como foi desenvolvido antes, durante e após a coleta dos dados. Por fim, no Polo seis, a análise dos resultados dividida em duas partes, uma sobre o “universo do estudo” e outra que contempla as cinco principais categorias de análise, intitulada: “a mobilização e a construção de saberes”.

POLO 2: ACADEMIA DA SAÚDE, EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE - UMA APROXIMAÇÃO

É tarefa inicial de todo o pesquisador que valorize seu tempo e o trabalho já realizado por seus pares, buscar na literatura publicações que envolvam temáticas semelhantes à tratada em sua pesquisa. Caso contrário, corre o risco de descobrir na metade, no final, ou até mesmo na apresentação de seu trabalho, que outro similar já fora realizado. Mas esta busca não se estanca neste cuidado. A proposta de desenvolver uma revisão de literatura proporciona ao pesquisador, bem como aos futuros leitores do trabalho, a possibilidade de conhecer o que já foi produzido sobre a temática a ser desenvolvida. Aqui apresento alguns achados, os quais não são necessariamente convergentes com o referencial teórico-conceitual adotado, a ser apresentado mais detidamente no Polo 4 desta dissertação.

Visando analisar a produção científica nessas áreas a respeito das temáticas que poderiam fornecer estudos próximos ao que se pretendia desenvolver, foi realizada primeiramente uma revisão de literatura em diversas bases de dados eletrônicos, utilizando como descritores algumas palavras que possuíam relação com o objeto e interesse de trabalho, como: *formação em saúde, atenção primária em saúde e academia da saúde*.

Após a qualificação do projeto, por não encontrar relação direta entre os estudos avaliados e os saberes esperados de um profissional de EF que atue no campo da saúde, houve a necessidade de realizar outro levantamento nas bases de dados. Esta busca também teve como objetivo direcionar o olhar partindo do núcleo da EF para a saúde, na perspectiva de

encontrar trabalhos com maior proximidade com o meu objetivo de estudo. Para tanto, foram selecionados os seguintes descritores: *educação física, saúde, formação e trabalho*.

Foi utilizada a base do Scielo Brasil⁷, pois abrange as Revistas da área da Saúde Coletiva melhor classificadas no Qualis CAPES na área de conhecimento da EF (Physis⁸, Ciência e Saúde Coletiva⁹, Saúde e Sociedade¹⁰, Interface¹¹) e revistas específicas da área da EF: Revista Brasileira de Ciências do Esporte¹² (RBCE), Motriz¹³, Revista Brasileira de Educação Física e Esporte¹⁴, entre outras.

Além disso, foi realizado um levantamento em outra revista científica da área de conhecimento da EF bem classificada no Qualis CAPES que não está na base de dados do Scielo: a Revista Movimento¹⁵, mas que é classificada como A2 no campo da Educação Física e da Educação.

Uma busca no Caderno do Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS¹⁶), classificada na área de SCol no Qualis CAPES, tornou-se relevante pelo fato de o Caderno publicar temáticas envolvendo formação e desenvolvimento dos profissionais da área da saúde.

Por fim, também foi efetuada uma busca na base de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD¹⁷) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). A BDTD abrange teses e dissertações de diversos programas de Pós-Graduação no contexto nacional e também permite o acesso integral aos documentos, o que não foi possível quando acessado a base de Banco de Teses Capes.

2.1 INDEXADORES DE BUSCA

Na base de dados Scielo Brasil foi utilizado o indexador “academia da saúde” no campo *pesquisa de artigo*, sem resultados. A busca foi redirecionada usando os indexadores “formação em saúde” e foram encontrados 15 resultados. Com a intenção de encontrar um número maior de estudos, “atenção primária em saúde” também foi usado como indexador

⁷ Disponível em: <http://www.scielo.br/?lng=pt>

⁸ Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&lng=pt&pid=0103-7331/nrm_iso

⁹ Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/index_interno.php

¹⁰ Disponível em: <http://www.saudeesociedade.com/>

¹¹ Disponível em: <http://www3.fmb.unesp.br/interface/>

¹² Disponível em: <http://rbceonline.org.br/revista/index.php/RBCE>

¹³ Disponível em: <http://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br/index.php/motriz>

¹⁴ Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1807-5509&lng=pt&nrm=iso

¹⁵ Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/Movimento>

¹⁶ Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/caderno.php>

¹⁷ Disponível em: <http://bdtd.ibict.br/>

que resultou em 16 achados. O mesmo procedimento foi efetuado na Revista Movimento, pesquisando no campo *todos*, os resultados para “academia da saúde” foram zero. Com o indexador “formação em saúde” foram encontrados três resultados e para “atenção primária em saúde” somente um achado.

O Caderno FNEPAS não possuía um campo para busca, logo, a pesquisa foi feita individualmente em todos os artigos das três edições publicadas. Quatro artigos tratavam do tema sobre a formação em saúde, três materiais na área de atenção primária em saúde e nenhuma publicação envolvendo o tema academia da saúde.

Na BDTD, no campo procura básica para o indexador “formação em saúde” foram encontrados 44 resultados, dentre eles 13 teses e 27 dissertações. Para “atenção primária em saúde” foram 51 resultados, sendo 13 teses e 36 dissertações. No entanto, também foi levado em consideração as produções encontradas com a mudança dos indexadores para “atenção primária à saúde”, onde se identificou 416 trabalhos sendo 107 teses e 299 dissertações. Nesta busca também apareceu o único trabalho do levantamento sobre “academia da saúde”, uma dissertação de mestrado (MENDES, 2013).

Na ilustração abaixo é apresentado um resumo das bases de dados utilizadas, contendo o número de achados para cada indexador colocado na busca e também uma demarcação dos artigos mais relevantes no sentido da proximidade com a temática da pesquisa.

Ilustração 1 - Resultados da revisão de literatura realizada entre agosto 2012 e maio 2013

Bases de Dados	Indexadores/resultados			Produções próximas à temática da pesquisa
	Formação em saúde	Atenção primária em saúde	Academia da saúde	
Scielo	15	16	0	Capozzolo <i>et al.</i> (2013a); Silva, Ribeiro e Silva Junior (2013); Braid, Machado e Aranha (2012); Koifman e Henriques (2007).
Revista Movimento	3	1	0	Pedrosa e Leal (2012).
Caderno FNEPAS	4	2	0	Cavalheiro e Guimarães (2011); Câmara, Amaral e Alves (2011).
BDTD	44	51	1	Mendes (2013); Beccalli (2012); Coutinho (2011); Pinho (2011); Cavalli (2009); Marcondes (2007); Battaglion (2003).

Fonte: Autor

No segundo levantamento bibliográfico (realizado entre outubro e novembro de 2013), na base de dados Scielo Brasil foram encontrados 186 resultados para o indexador “educação física”. Ao refinar a busca, acrescentando os indexadores “saúde” e “formação” este número foi reduzido para nove e com “educação física”, “saúde” e “trabalho”, resultaram 14

trabalhos. Já na Revista Movimento, foram 457 achados para “educação física”, no entanto, ao refinar a busca com os indexadores “saúde” e “formação” e posteriormente “saúde” e “trabalho”, não encontrei resultados, sendo assim, optei por utilizar somente o indexador “formação” que originou 29 resultados e o “trabalho” em que apareceram nove estudos.

No caderno FNEPAS foram encontradas quatro publicações sobre formação e saúde, uma sobre trabalho e saúde e outra envolvendo educação física e o tema saúde. Os artigos foram selecionados depois de uma leitura superficial de todas as publicações, tendo em vista que a base de busca não possuía um campo específico para refinar os resultados. Por fim na BDTD foram identificadas 2757 publicações sobre “educação física” que refinadas com os indexadores “saúde”, “formação” e “trabalho” resultaram em 33 achados, sendo 10 teses e 23 dissertações.

A ilustração 2 mostra o resumo da busca e as publicações encontradas nesta segunda revisão de literatura, que mais se aproximaram à temática deste trabalho.

Ilustração 2 – Resultados da revisão de literatura realizada após a qualificação do projeto

Bases de Dados	Produções próximas à temática da pesquisa
Scielo	Freitas; Carvalho; Mendes (2013); Falci; Belisário (2013); Fraga; Carvalho; Gomes (2012); Anjos; Duarte (2009); Brugnerotto; Simões (2009)
Revista Movimento	Pedrosa; Leal (2012); Minelli; Soriano; Fávares (2009); Devide (1996).
Caderno FNEPAS	Batista (2012); Cavalheiro; Guimarães (2011); Chiesa <i>et al.</i> (2011); Medeiros <i>et al.</i> (2011).
BDTD	Falci (2013); Mendes (2013); Paulo (2013); Mendonça (2012); Silveira (2012); Pinho (2011); Battaglioni (2003);

Fonte: Autor

2.2 RESULTADOS DA REVISÃO

Os artigos encontrados com o indexador “formação em saúde” circulam nas áreas de conhecimento da educação física, enfermagem, terapia ocupacional, fonoaudiologia, antropologia médica, currículo. Já os achados sobre “atenção primária em saúde” estavam inseridos em áreas da epidemiologia, tecnologia em saúde, perfil discente na saúde, planejamento em saúde, controle social em saúde, saúde internacional. Foi nesta busca que

apareceu o único artigo falando da EF em um contexto de saúde junto ao SUS (PEDROSA; LEAL, 2012).

Com relação às teses e dissertações, na segunda busca os resultados ficaram mais concentrados na área de EF, enquanto na primeira revisão surgiram inúmeras áreas de atuação, bem como temáticas, com isso, optou-se por refinar a busca em produções no âmbito da educação física e programas envolvendo práticas corporais e atividade física.

Quanto ao tema da formação em saúde, o elo com o serviço é bastante explorado em alguns trabalhos. Abordagens sobre a importância da experiência, da extensão universitária e das trocas multiprofissionais no trabalho na saúde são abordadas nos estudos de Koifman e Henriques (2007); Silva, Ribeiro e Silva Junior (2013); Câmara, Amaral e Alves (2011), que discorrem sobre o PET-Saúde e sua contribuição para a educação multiprofissional; Sant'anna e Hennington (2011); Chiesa *et al.* (2011) avaliam a ampliação das atividades no PRO-SAÚDE, através do PET-Saúde da USP, visando propor novas ações para se tornar efetiva a integração ensino-serviço. Destaca-se ainda Capozzolo *et al.* (2013a), por abordar a temática da experiência e da produção de conhecimentos, intimamente articulado ao problema de pesquisa e que agregou elementos importantes na interpretação das entrevistas desta dissertação.

A formação envolvendo integração entre os mecanismos de produção da saúde, como o ensino, os serviços de saúde e a população, são temáticas desenvolvidas no estudo de Cavalheiro e Guimarães (2011, p. 20) que destaca o AprenderSUS, lançado em 2004 conjuntamente entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, visando fortalecer a relação entre instituições formadoras, serviços e sistemas de saúde e “formar profissionais com perfil adequado às necessidades de saúde da população”. Medeiros (2011), destaca os ganhos na qualidade da formação norteados por mudanças ocorridas nos projetos políticos pedagógicos dos cursos de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza, levando-se em consideração a parceria da instituição com a Secretaria Municipal de Saúde.

Alguns artigos (SORATTO; WITT; FARIA, 2010; MEDEIROS, 2010) abordaram a temática do controle social, uma das vertentes propostas para a produção de saúde, desenvolvido no trabalho sobre o “quadrilátero da formação”, de Ceccim e Feuerwerker (2004a).

Autores que tratavam do ambiente formativo de cursos de graduação e pós-graduação, descreveram um enfoque predominantemente biomédico no processo saúde-doença (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012), onde estão em maior número disciplinas de abordagem curativa e prescritiva (ANJOS; DUARTE, 2009). O estudo de Fraga, Carvalho e Gomes

(2012) merece destaque por sua aproximação com a temática deste trabalho, ao buscar dar corpo à discussão sobre competências e habilidades de licenciados e bacharéis para atuação em saúde. Já Silveira (2012), ao analisar a matriz curricular de uma instituição de ensino superior, também identificou que se tratava de uma formação técnico-esportiva e com estrutura curricular fragmentada. Por outro lado, alguns trabalhos já apresentam mudanças nessa realidade, como Paulo (2013) que ao analisar a formação (graduação no viés da saúde pública) dos profissionais de EF em instituições superiores públicas de São Paulo, verificou que em pelo menos duas escolas a formação estava voltada para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS e ao trabalho multiprofissional. Batista (2012) também apresenta um importante avanço na formação de profissionais da área da saúde ao destacar a implantação de cursos de graduação (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e serviço social) no Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo, onde o desenho curricular está voltado para a educação interprofissional, ou seja, que forma o profissional para o trabalho em equipe e com ênfase na integralidade do cuidado quando em serviço.

Estudos sobre a temática do currículo na graduação, envolvendo a necessidade de se pensar um processo formativo acadêmico no viés da saúde em sua perspectiva ampliada são encontrados Pinho (2011) e Pasquim (2010). Este último, ao estudar o currículo de EF de universidades estaduais paulistas, concluiu que as disciplinas dos cursos não contemplam a possibilidade de uma formação consistente em SCol. Freitas, Carvalho e Mendes (2013), abordando a EF, trazem a proposta de uma formação com referência teórica-conceitual e metodológica na Clínica Ampliada¹⁸ para superar a formação e intervenção profissional ainda centrada na perspectiva biologicista. Ceccim e Feuerwerker (2004b, p. 1400) apresentam a situação encontrada na educação, em que “não se identificam discussões da docência e do ensino-aprendizagem orientado para as profissões de saúde”. Já Braid, Machado e Aranha (2012) fazem uma revisão de literatura em artigos publicados entre 2005 e 2011 para identificar o “estado da arte” das pesquisas sobre currículo nos cursos da área da saúde, concluindo que predominam os estudos que tratam das mudanças para se estabelecer um currículo integrado ou interdisciplinar.

Ainda com relação às pesquisas sobre o currículo, Brugnerotto e Simões (2009) buscam analisar o conceito de saúde expresso neste documento em cursos de graduação em

¹⁸ Conceito do trabalho em saúde que procura integrar diversas abordagens (transdisciplinar e multiprofissional), rompendo com a lógica do atendimento centrado na doença ou fragmentado dentro dos núcleos profissionais (BRASIL, 2009b).

EF de universidades do Paraná. Concluem que apesar das mudanças ideológicas estarem convergindo com o movimento da Nova Promoção da Saúde¹⁹, na prática predomina a atuação do profissional de EF como sendo unicamente um controlador da atividade física em si e dos fatores biológicos correlatos a ela, não dando importância a outros determinantes de saúde.

Dois estudos trouxeram a questão da antropologia para a formação em saúde. Cohn (2011) procura demonstrar a importância da disciplina de antropologia nos cursos de formação na área da saúde e Seppilli (2011) faz considerações sobre saúde/doença com o intuito de mostrar que os estudos sobre o homem devem levar em consideração aspectos biológicos e histórico-sociais. Devide (1996) aborda questões históricas sobre o conceito de saúde, promoção da saúde, no entanto centraliza a discussão em estilos de vida ativos no âmbito escolar.

Com relação ao trabalho dos profissionais de EF em serviços de saúde, Falci (2013); Falci e Belisário (2013) concluíram que a inserção na atenção primária é recente e positiva, mesmo com a dificuldade do grupo estudado em se integrar às equipes no NASF, ter atribuições definidas e possuir um plano de metas. Quanto à estratégia de formação, os sujeitos evidenciaram insuficiência na graduação, sugerindo mudanças curriculares e elencaram a pós-graduação como forma de suprir esta carência. Pedrosa e Leal (2012) entrevistaram enfermeiros e médicos indagando sobre a inserção destes na ESF. Concluíram que é visto como agregador para a equipe, mas também destacaram a necessidade de se repensar a formação na EF para que alcancem maior efetividade em suas ações. Em um trabalho semelhante, Minelli; Soriano; Fávaro (2009) verificaram a perspectiva da equipe multiprofissional sobre a contribuição do profissional de EF, sendo que não ficou claro para os outros profissionais quais seriam as habilidades/peculiaridades exclusivas do grupo da EF. O que se repetiu na auto avaliação dos próprios trabalhadores de EF, que mostraram dificuldade em clarificar a identidade da área, remetendo seu pertencimento a saúde somente pelo fato de estar associado ao setor.

Na busca por teses e dissertações estava grande parte do material que mais se aproximou do contexto do estudo aqui desenvolvido. Inicialmente destaca-se Cavalli (2009), que ao fazer uma análise sistemática de teses e dissertações produzidas entre 1998 e 2008,

¹⁹ Também conhecida pela abordagem socioambiental ou socioecológica, tem seu marco na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 no Canadá e destina a atenção para condicionantes gerais e indissociáveis da saúde como economia, cultura e ambiente social (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011). Foi também nessa Conferência que foi aprovado um dos documentos de maior importância no sentido da promoção da saúde, a Carta de Otawa.

trouxe muitas discussões e referências importantes para acrescentar a este trabalho. O objetivo da autora foi identificar os “estilos de pensamento” presentes naquelas produções, envolvendo a EF na promoção da saúde e em contato com o SUS. De modo particular, mas semelhante, Mendonça (2012) procurou encontrar a concepção de promoção da saúde por parte dos profissionais de EF que trabalhavam em um NASF e como resultado observou confusões conceituais (prevenção e promoção), sendo que somente um dos dez entrevistados definiu promoção da saúde de acordo com a maneira ampliada.

Duas dissertações compreendem o termo práticas corporais e SCol. Marcondes (2007) procura exemplificar de que maneira o trabalho através das práticas corporais poderia se constituir como sendo uma prática de saúde para o serviço público. Com assuntos ligados a formação dos profissionais de EF, Mendes (2013) traz o tema das práticas corporais na perspectiva da clínica ampliada, ressaltando a importância dos profissionais direcionarem suas ações para as demandas de saúde apresentadas pelos usuários dentro da atenção básica. No viés do usuário, Beccalli (2012) realiza seu estudo no Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória, sendo esse um dos programas inspiradores do AcadS, como será apresentado no próximo Polo. Na ocasião, o autor procura discorrer sobre uma EF para além da atividade física, buscando através da representação dos usuários do serviço alguns usos e entendimentos que estes fazem sobre saúde. Diferente do que foi apresentado no estudo de Silveira (2012) que verificou na atuação de profissionais de EF em Academias da Cidade atividades nucleares, tecnicistas e voltadas à prática em grupos separados (idosos, obesos, diabéticos...). No entanto, o mesmo trabalho também trouxe a efetivação do cuidado por profissionais de EF atuantes em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS²⁰), por meio de práticas corporais adaptadas às demandas dos usuários, embora pouco se valessem dos saberes do núcleo da EF.

De todas as teses e dissertações, destacam-se as duas teses mais relevantes no sentido de colaboração para este trabalho: Coutinho (2011) e Battaglion (2003). Este último intitula sua tese como “O conhecimento e a prática dos acadêmicos da Educação Física com atuação na Saúde Pública”, e buscou através dela identificar em quais dimensões ou áreas da formação acadêmica são encontrados fatores relevantes para o trabalho do profissional na saúde. Embora tivesse como sujeitos do estudo estudantes de EF, ao carregar o termo *conhecimento*,

²⁰ Os CAPS compõem a rede de serviços de saúde mental e visam o atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, através de “tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”. Podem ser divididos em CAPS I (população entre 20 e 70 mil habitantes), CAPS II (população entre 70 e 200 mil habitantes), CAPS III (população acima de 200 mil habitantes), CAPSi II (crianças e adolescentes), CAPSad II (álcool e drogas) (BRASIL, 2002).

ligado à ideia de saberes, este trabalho pode auxiliar de maneira significativa nas reflexões resultantes do trabalho de campo realizado.

Por último, cita-se Coutinho (2011), autor da tese “Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde”. Embora seja generalista quanto ao título do estudo, ao focá-lo em toda a atenção básica, acabou agregando cinco programas de promoção da saúde (Programa Academia da Cidade de Recife, Aracaju e Belo Horizonte; Programa CuritibaAtiva e Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória) que possuíam ligação a pelo menos uma UBS. Todos eram apoiados e acompanhados pelo Ministério da Saúde, sendo que alguns serviram de referência para a implantação do Programa AcadS. É com base neles que o autor procura descrever quais as competências que podem ser requeridas do profissional de EF na atenção básica. Esta tese apresenta muitos aspectos relevantes e conectados ao tema deste trabalho, inicialmente por estar relacionado a programas de promoção da saúde similares e precursores ao Programa AcadS. Um segundo aspecto é o termo *competências*, que conforme Tardif (2010) está de algum modo vinculado ao processo de produção de *saberes*. Por fim, torna-se prudente deixar claro o contraste e as possibilidades de aperfeiçoamento na formação do profissional de EF que oportunizam esta dissertação em colaboração com o trabalho de Coutinho (2011). O autor prevê o que pode ser solicitado de competências para o profissional na atenção básica, diferente do interesse deste estudo, centrado na compreensão dos modos pelos quais estes profissionais, nas AcadS, mobilizam seus saberes para dar conta da demanda em cada comunidade. Por outro lado, este trabalho complementa o anterior, ao abordar os saberes necessários para cumprir com as competências elencadas por Coutinho (2011) e solicitadas na atenção básica.

Baseado nos resultados das buscas realizadas neste trabalho, foi possível concluir que a temática das AcadS ainda possui poucas abordagens na literatura. Na busca em teses e dissertações, foram encontrados trabalhos que citam as AcadS (MENDES, 2013; SALIN, 2013;), fazendo referência a marcos da inserção do profissional de EF no SUS, ou abordando programas que envolvem práticas corporais/atividade física para promoção da saúde. Como esta busca nas bases de dados não permite cobrir tudo o que foi produzido sobre as temáticas abordadas, tendo em vista que existem materiais impressos e um vasto número de bases, também foram utilizados outros estudos para a construção desta revisão de literatura: Dominguez (2011); Pasquim (2010); Ceccim e Feuerwerker (2004b).

POLO 3: O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

Embora boa parte das dissertações de mestrado apresentem inicialmente discussões sobre o referencial teórico em que foi construído o trabalho do pesquisador, nesta pesquisa será apresentado primeiramente o Programa AcadS, local de onde se desenrolam e se constituem a maioria das discussões desenvolvidas durante a dissertação. A escolha se assemelha a história de como foi despertado o interesse em estudar as ATI e posteriormente as AcadS, ou seja, não havia um conhecimento prévio em questões sobre saúde, SUS, formação em saúde. Esse conjunto de saberes foi apresentado tanto no curso de bacharelado em EF quanto nas disciplinas realizadas no mestrado, realizados em concomitância, bem como experiências em seminários e oficinas do Programa AcadS.

Instituído pela Portaria nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011a), o Programa AcadS passa a compor o SUS como um mecanismo de promoção da saúde, que atuará em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em todo o território nacional. É vinculado ao Ministério da Saúde, e tem sua organização e responsabilidade geridos pela Secretaria de Atenção à Saúde e ainda da Secretaria da Vigilância em Saúde, sendo que a implantação dos polos é coordenada pelas Secretarias de Saúde dos municípios, os quais poderão contar com o auxílio técnico do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. (BRASIL, 2011a).

Durante a construção da dissertação, foi identificada uma redefinição do Programa, antes expresso na Portaria nº 719/GM/MS, que foi revogada, e agora apresentado na Portaria nº 2.681/GM/MS, de 07 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013a), que passou a apresentar diretrizes e princípios até então inexistentes na primeira portaria, além de uma ampliação nos objetivos propostos. Todos esses elementos contribuíram para a análise dos resultados deste trabalho, bem como no direcionamento do referencial teórico, uma vez que, por exemplo, as três diretrizes²¹ do Programa abordam conceitos aqui desenvolvidos, como o de cuidado, de atenção, de promoção e prevenção da saúde, visando tornar o AcadS um “espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2013a, p. 1-2). Com relação aos princípios do Programa, também são apresentados outros importantes conceitos do campo da saúde, são eles: intersectorialidade, interdisciplinaridade, integralidade do cuidado, intergeracionalidade e territorialidade. Alguns

²¹ São diretrizes do Programa Academia da Saúde: “I - configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica; II - referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis; e III - estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2013a, p. 1-2).

deles serão mais bem desenvolvidos no Polo 4, mais especificamente na seção sobre os saberes do campo da saúde.

Quanto aos objetivos instituídos pela nova Portaria nº 2.681/GM/MS, que na anterior eram 11, destacam-se os seguintes:

I - ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; II - fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; III - desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; IV - promover práticas de educação em saúde; V - promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; VI - potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; VII - promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; VIII - promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; IX - ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; X - aumentar o nível de atividade física da população; XI - promover hábitos alimentares saudáveis; XII - promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; XIII - potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e XIV - contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população. (BRASIL, 2013a).

Dentre eles, destaca-se a possibilidade de intersecção com outros programas e projetos não somente na área da saúde, mas em conjunto com outras Secretarias (educação, cultura, esporte e lazer), atendendo ao segundo princípio do Programa AcadS, o da “intersectorialidade”, que poderá exigir do profissional de EF atuante no polo, também a capacidade de gestão para articular atividades que não sejam específicas da sua área de atuação. Esta integração multiprofissional, durante a elaboração e execução de ações, ainda deve levar em consideração outro fator importante para os objetivos desta dissertação por tratar dos saberes. O princípio I do Programa AcadS, visto no Art. 4º da Portaria nº 2.681/GM/MS aborda a “participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde” (BRASIL, 2013a, p. 02), ou seja, o profissional precisará compreender que não é o “ator principal” das ações, mas sim um facilitador para tratar em conjunto com os usuários sobre os saberes que aqui se referem à promoção da saúde.

Para envolver os objetivos propostos, a Portaria nº 2.681/GM/MS (2013a) também aborda em seu Art. 6º oito eixos em que deverão ser desenvolvidas as atividades do programa:

I - práticas corporais e atividades físicas; II - produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; III - promoção da alimentação saudável; IV - práticas integrativas e complementares; V - práticas artísticas e culturais; VI - educação em saúde; VII - planejamento e gestão; e VIII - mobilização da comunidade (BRASIL, 2013a, p. 02).

É nesta caracterização que se apresenta a proximidade e potencialidade de atuação de um profissional de EF que venha a atuar em polos de AcadS, especialmente o eixo I “práticas corporais e atividades físicas”. Na Portaria anterior, nº 719/GM/MS, foram inclusive exemplificados a ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, ioga, *tai chi chuan* como intervenções possíveis de serem organizadas pelo profissional que atue no polo em “conjunto com a equipe de APS e usuários” (BRASIL, 2011a, p. 02). De forma mais detalhada, é possível encontrar no material lançado para o “Curso de Extensão em Promoção da Saúde para Gestores do SUS com Enfoque no Programa Academia da Saúde” (FRAGA *et al.* 2013), estratégias metodológicas para orientar os profissionais nas atividades realizadas nos polos, como rodas de conversa, oficinas e abordagens de práticas corporais e atividades físicas, sendo que esta última estratégia apresenta oito subdivisões: esporte, práticas corporais introspectivas, exercícios físicos, práticas corporais expressivas (dança, expressão corporal), práticas corporais junto à natureza (atividades de aventura, atividades de contemplação), jogo motor, lutas e acrobacias. Logo, este material pode auxiliar na mobilização de saberes por parte dos profissionais envolvidos com a AcadS. Ainda nesse sentido, cabe destacar que a abordagem trazida foi além das informações encontradas nas portarias, até então identificadas como única fonte de informações sobre o Programa.

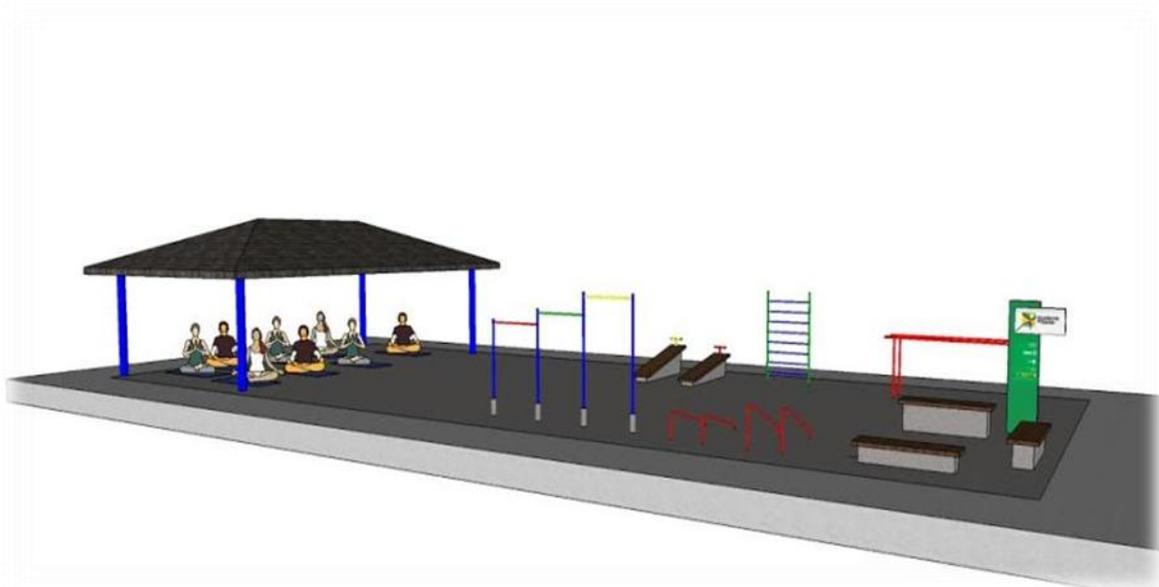
3.1 ESTRUTURA DOS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

A nomenclatura Academia da Saúde pode transmitir inicialmente uma ideia de um espaço convencional que contém diversos aparelhos de musculação e atividades aeróbicas, como se fosse uma academia de ginástica “estatal”. Esta noção de academia se comprovou em algumas conversas realizadas com colegas do curso de bacharelado, bem como amigos e alunos no ambiente de trabalho. Quando indagados se tinham conhecimento sobre o que era a Academia da Saúde, ou o que lhes vinha à cabeça quando ouviam esta expressão, muitos argumentaram se tratar de um local público para a prática de musculação ou caminhada/corrida, orientados por profissionais de EF. Então, passa a ser importante começar descrevendo a infraestrutura prevista para os polos, visando mostrar que o programa não visa

reproduzir a lógica na maioria das vezes encontrada em academias convencionais, da atividade física voltada ao condicionamento e até mesmo à construção de um “corpo à parte”²² (SILVA *et al.*, 2009).

Conforme define a Portaria nº 1.401/GM/MS (2011b), posteriormente revogada pela Portaria nº 2.684/GM/MS (2013b), que trata dos incentivos para a construção e custeio, as unidades físicas dos polos do Programa AcadS são divididas em três modalidades de estrutura e financiamento. Na Modalidade Básica (Ilustração 3), cujo incentivo é de R\$ 80.000,00, a estrutura é composta de uma área de vivência coberta e um espaço externo com área multiuso e equipamentos²³ que se fazem presentes em todos os polos.

Ilustração 3 - Polo de modalidade básica do Programa Academia da Saúde



Fonte: Programa Academia da Saúde²⁴

A Modalidade Intermediária (Ilustração 4) conta com recursos de R\$ 100.000,00 e além da estrutura prevista para a Modalidade Básica, é acrescida de um local destinado ao depósito de materiais. Estas primeiras Modalidades devem ser construídas na proximidade e dentro da área de abrangência das UBS de cada região do município.

²² Os autores utilizam o termo *corpo à parte* para classificar o corpo como um objeto, uma máquina ou ainda um veículo que necessita ser cuidado e preservado para funcionar perfeitamente.

²³ Conforme o anexo da Portaria nº 1.401/GM/MS (2011b), os equipamentos que compõem qualquer modalidade de Polo do Programa Academia da Saúde são: barra para flexão de braços vertical, barras para flexão de braços horizontal, barras fixas para apoio a exercício, pranchas para exercícios abdominais e espaldar.

²⁴ As imagens, e a respectiva autorização de uso, foram obtidas por e-mail (academiadasaude@saude.gov.br) junto à Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

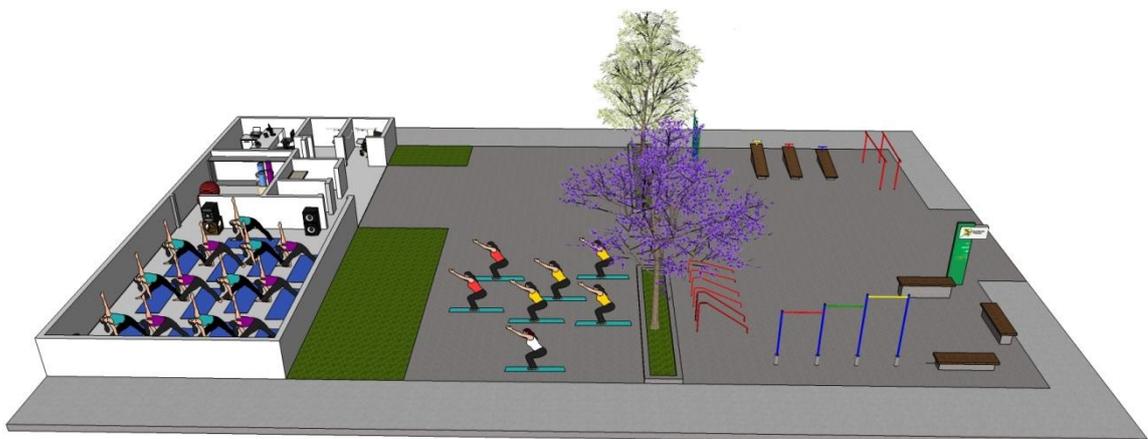
Ilustração 4 – Polo de modalidade intermediária do Programa Academia da Saúde



Fonte: Programa Academia da Saúde

Já a Modalidade Ampliada (Ilustração 5), com terreno que deverá ter no mínimo 550m², contra 300m² e 312m² dos polos anteriores, conta com estrutura de apoio composta por sala de vivências, depósito, sala de acolhimento, sanitários e área de circulação, além de área multiuso, jardins e canteiros para promover a ambientação do espaço. Nesta modalidade o financiamento é de R\$ 180.000,00.

Ilustração 5 – Polo de modalidade ampliada do Programa Academia da Saúde



Fonte: Programa Academia da Saúde

As características estruturais dos polos também poderão interferir no processo de construção de saberes dos profissionais de EF, pois os espaços exigem a capacidade de adaptação, criatividade e a capacidade do trabalhador em se moldar e re-modelar dentro das realidades, para que consiga saber-fazer o seu trabalho da melhor forma.

3.2 RECURSOS PARA AS AÇÕES DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

A Portaria nº 2.684/GM/MS (BRASIL, 2013b), revogou a Portaria nº 1.402/GM/MS (BRASIL, 2011c) e dispôs de novos critérios para o custeio que permite os polos realizarem “ações referentes à promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população” (BRASIL, 2013b, p.6). Existem pelo menos quatro exigências para que os polos passem a receber e também outros requisitos para a manutenção de uma verba mensal de R\$ 3.000,00 que poderá ser utilizada, por exemplo, na compra de materiais e no pagamento dos profissionais que trabalham no polo. Além da necessidade do polo estar vinculado a um estabelecimento da Atenção Básica ou ao NASF do município, sendo permitido o vínculo de no máximo três polos por NASF, é necessário o registro de um profissional de nível superior na área da saúde para cumprir 40h semanais ou dois que contemplem 20h semanais cada no polo.

Esta carga horária não necessita ser cumprida exclusivamente no espaço do polo, sendo possível que o trabalhador atue em outros locais da comunidade, no entanto é necessário que sejam definidos horários de acordo com as demandas do programa e que os polos funcionem nos dois turnos. (BRASIL, 2013b). A ideia não é fazer dos polos um setor de aglutinação de diversos profissionais da saúde, uma vez que as AcadS também trabalham no princípio da integração multiprofissional para a construção e execução das ações, mas sim transferir a responsabilidade de gestão do polo para estes profissionais.

Embora o cerne do Programa AcadS esteja vinculado à oferta de profissionais que mediarão as propostas de atividades no polo, em conjunto com a comunidade local, as portarias anteriores à nº 2.684/GM/MS (BRASIL, 2013b) não abordavam a necessidade/obrigatoriedade da inserção de profissionais da área da EF ou de outras áreas nos polos após a construção dos espaços. Esta questão foi revista quando da publicação em 14 de março de 2014 da Portaria nº 186/SAS/MS (BRASIL, 2014), que passou a definir qual(is) profissional(is), através de seu(s) respectivo(s) CBO (s), deveria(m) compor a equipe do

Programa AcadS. A tabela abaixo traz essa relação com o código do CBO e a descrição da ocupação profissional

Ilustração 6 – Profissionais que poderão compor a equipe do Programa AcadS

CÓDIGO CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde ²⁵
2516-05	Assistente Social
2239-05	Terapeuta Ocupacional
2236-05	Fisioterapeuta
2238-10	Fonoaudiólogo
2515-10	Psicólogo Clínico
1312-C1	Sanitarista
5153-05	Educador Social
2263-05	Musicoterapeuta
2263-10	Arterapeuta
2237-10	Nutricionista
2628*	Artistas da Dança (Exceto Dança Tradicional e Popular)
3761*	Dançarinos Tradicionais e Populares

Fonte: BRASIL (2014)

* Podem ser inseridos quaisquer códigos desta família de CBO

Embora as informações da Portaria nº 2.684/GM/MS sejam mais de caráter técnico do programa, não se poderia deixar de abordar este documento, pois nele está presente um item que permite explicar o contexto da constituição do Programa AcadS. Antes expresso na Portaria nº 1.402/GM/MS (BRASIL, 2011c), agora é possível identificar no Capítulo III da Portaria nº 2.684/GM/MS a previsão de incentivo para custeio de ações em programas com características semelhantes, implantados antes da publicação da Portaria nº 719/GM/MS (BRASIL, 2011a). Visando esclarecer o que são programas com similaridade ao AcadS, a Portaria nº 2.684/GM/MS, no art. 51 da Seção 1 aponta os principais critérios para que os municípios solicitem a equivalência, tais como a oferta de atividades:

²⁵ A EF ainda conta com 11 opções de registro, enquadramento profissional, são elas: Avaliador Físico; Ludomotricista; Preparador de Atleta; Preparador Físico; Profissional de Educação Física na Saúde; Técnico de Desporto Individual e Coletivo (Exceto Futebol); Técnico de Laboratório e Fiscalização Desportiva; Treinador de Futebol; Professor de Educação Física no Ensino Fundamental; Professor de Educação Física no Ensino Médio; Professor de Educação Física no Ensino Superior. Recentemente o estudo de Bueno (2012) abordou a relação de conflito entre a CBO e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de EF.

de promoção de práticas corporais e atividades físicas; orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; ou apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

Também ficam estabelecidos que não são considerados polos de AcadS:

I - Equipamentos esportivos como ginásios, quadras esportivas, poliesportivas e afins; II - Clubes municipais ou comunitários de esporte, lazer e recreação; III - Centro de treinamento desportivo; IV - Centro Social Urbano; e V - Conjunto de equipamentos para exercícios físicos resistidos dispostos de forma isolada em praças, parques e clubes (BRASIL, 2013b, p. 14).

Com isso, entende-se que o Programa AcadS delimita seu universo de atuação e reconhece a existência de outras propostas de promoção da saúde similares, anteriores a ela, as quais também contribuíram para a estrutura atual do programa, situação que será abordada a seguir.

3.3 PROGRAMAS PRECURSORES AO ACADEMIA DA SAÚDE

A estrutura e os objetivos presentes no cenário do Programa AcadS, conforme classificou o ex-diretor de Atenção Básica do Ministério da Saúde no ano de 2011, “[...] é o reconhecimento de projetos exitosos de lugares como Vitória, Belo Horizonte, Recife, Aracaju, Curitiba e Maringá” (DOMINGUEZ, 2011).

Ainda que alguns programas apresentem a mesma nomenclatura e tenham objetivos diferentes, ou que possuam nomes diferentes e finalidades semelhantes em alguns municípios, se faz importante, além de apresentar um levantamento em nível nacional, demarcar as características que os diferem ou os aproximam das AcadS. Desta forma, pretende-se apresentar os elementos que levaram o Ministério da Saúde a tomar os programas regionais citados acima por Dominguez (2011) como precursores do Programa AcadS no cenário nacional.

A seguir é apresentada uma ilustração sobre as principais iniciativas nacionais, e que são referenciados na literatura, para posteriormente demonstrar como se relacionam com a proposta de estudo aqui colocada sobre os saberes profissionais, visando também apresentar as contribuições de pesquisas já realizadas em espaços semelhantes ao Programa AcadS. Os

achados são, em parte, provenientes da revisão de literatura realizada para este trabalho e foram também obtidos em sites oficiais das prefeituras de alguns municípios.

Ilustração 7 – Principais programas precursores ao Programa Academia da Saúde

Cidade/Nº de Polos Atuantes	Nome do Programa	Ano de Implantação	Principal Ligação	Profissionais de Educação Física Contratados
Vitória/ES 14 módulos de orientação 17 academias para a pessoa idosa	Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)	1990 (BECCALLI, 2012)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	59 profissionais 17 estagiários
Ribeirão Preto/SP 56	Programa de Integração Comunitária (PIC)	1993 (BACCAN, 2009)	SMS, Escola de Enfermagem e Centro de Educação Física Esporte e Recreação da USP	
Curitiba/PR 70	CuritibAtiva	1998 (CURITIBA, 2011)	Secretaria Municipal de Esporte Lazer e Juventude	
Recife/PE 41	Academia da Cidade	2002 (MENEZES, 2014)	SMS	Aproximadamente 100
Aracaju/SE 18	Academia da Cidade	2004 (MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009)	SMS, Universidade Federal de Sergipe	19 profissionais e 36 estagiários
Belo Horizonte/MG 58	Academia da Cidade	2006 (BELO HORIZONTE, s/d)	SMS	São previstos 1 profissional e até 5 estagiários por polo
Maringá/PR 51	Academia da Terceira Idade (ATI)	2006 (MARQUIOTO, 2009)	Secretaria de Esportes e Lazer	Cada ATI possui 10 equipes para atividades físicas
Joinville 47	Academia da Melhor Idade	2007 (SALIN, 2013)	Fundação de Esportes, Lazer e Eventos, apoio da SMS, Univille e da Associação Educacional Luterana Bom Jesus. Patrocínio da Unimed.	
Rio de Janeiro 172 (Desenvolvido em Unidades de Saúde)	Academia Carioca	2009 (FRAGA <i>et al.</i> 2013)	Assessoria de Atividade Física/SMS	

Fonte: Autor

Knuth e colaboradores (2011) fazem uma abordagem sobre a avaliação e os resultados de cinco dos programas descritos na tabela anterior (AcadC de Recife-PE, Aracaju-SE e Belo Horizonte-MG, SOE de Vitória-ES e CuritibAtiva de Curitiba-PR). A análise leva em consideração aspectos políticos, sociais e culturais que influenciaram na implantação destas

estratégias de promoção da saúde. Foram feitas observações nos locais de desenvolvimento das atividades, inquéritos telefônicos e através da pesquisa quali-quantitativa, buscou-se apresentar dois momentos, um anterior e outro posterior à implantação dos referidos programas. O estudo aborda questões de participação populacional nas atividades dos polos, tipos de atividades que são oferecidos, índices de satisfação da população com os espaços, no entanto não desenvolve discussões mais centradas nos profissionais que atuam nestes espaços, como apresentado nesta dissertação. Ainda sobre o estudo mencionado, destaca-se um aspecto relevante para compreensão das bases de constituição do Programa AcadS, pois de acordo com os autores:

Os modelos dos programas de Recife, Curitiba, Vitória, Aracaju e Belo Horizonte traçaram as linhas gerais de uma política que procura articular Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde dos estados e municípios, em uma perspectiva até então inédita na promoção de atividade física no SUS. Os resultados das avaliações aqui apresentadas foram determinantes para a instituição do Programa Academia da Saúde, estabelecido pela Portaria nº 719/GM/MS, em 2011. (KNUTH *et al.*, 2011, p. 349).

Outra questão importante que levou alguns programas AcadC a contribuírem na constituição das AcadS se justifica no estudo de Costa *et al.* (2013, p. 96), que se valem do entendimento de Magalhães Junior (2010) para explicar que “as Academias da Cidade foram criadas a partir da concepção de integralidade da atenção à saúde, ampliando as estratégias de atendimento à população usuária do SUS no que diz respeito às ações de promoção da saúde”.

Fazendo uma relação com a citação de Knuth *et al.* (2007), quando trata da ligação dos programas com as respectivas Secretarias de Saúde dos municípios, destaca-se aqui uma das principais diferenças previstas entre o modelo atual de AcadS, que na prática busca interligar as AcadS com outros serviços de saúde, e projetos anteriores como em Maringá e Curitiba, onde a relação com a questão de saúde estava articulado com outras Secretarias (esportes, meio ambiente, lazer) municipais. Não se afirma que o fato de estar ligado à Secretaria de Saúde resulte necessariamente em um polo de AcadS que realmente vá cumprir com a proposta de promoção da saúde, no entanto, entende-se que desta forma podem ser ampliadas as perspectivas de um atendimento integral dos usuários, levando em consideração a saúde em suas diversas dimensões.

Em outro estudo específico sobre o Programa AcadC de Belo Horizonte, Costa *et al.* (2013) procuraram fazer uma análise do perfil de saúde e nutricional dos frequentadores das academias. Não há uma discussão sobre os profissionais que atuam nestes espaços, mas

agregam informações importantes para quem desenvolve ou pretende se inserir neste meio, dando ênfase na necessidade de avaliação sistemática do perfil dos usuários que frequentam as academias, para desta forma ajustar a prática do atendimento no serviço. Complementando, os autores afirmam que espaços de promoção da saúde como as academias “devem incorporar medidas que não se direcionam a uma determinada enfermidade ou desordem, mas objetivam propiciar saúde e bem estar” (COSTA *et al.*, 2013, p. 100).

Trabalhos de cunho mais epidemiológico também estão ligados ao controle/avaliação dos programas de academias, como visto em Maringá/PR (ESTEVES *et al.*, 2012), o qual buscou identificar se a utilização dos espaços de ATI provia mudanças nos parâmetros morfofuncionais de idosos. Já em Joinville/SC, também estudando idosos, Salin (2013) abordou os motivos de ingresso e permanência, bem como o nível de atividade física e dos serviços prestados nas ATI da cidade para este público. Não obstante, em Aracajú/SE, Costa, D. *et al.* (2012) tiveram por objetivo avaliar a qualidade da dieta em mulheres que frequentavam o Programa AcadC daquele município.

Duas pesquisas tiveram como objeto de estudo os profissionais que trabalhavam nas academias. Hallal *et al.* (2009) buscaram analisar qual a visão construída por estes na AcadC de Recife/PE, sobre a importância, as dificuldades e o envolvimento da população com as propostas de intervenção oferecidas. Foram identificados problemas de estrutura física, recursos humanos, segurança dos locais, mas também fatores positivos como a participação da comunidade e a satisfação profissional. Contudo, não estão presentes no estudo passagens sobre a mobilização de saberes por parte dos profissionais. No trabalho de Coutinho (2011), apesar de elaborar e analisar as competências que poderiam ser requeridas de profissionais de EF na Atenção Básica em Saúde, participaram como sujeitos do estudo profissionais que trabalhavam no Programa AcadC de Recife/PE, AcadC de Aracajú/SE, AcadC de Belo Horizonte/MG, no Programa CuritibAtiva de Curitiba/PR, no SOE de Vitória/ES e do PIC de Ribeirão Preto/SP, além de pesquisadores que estudavam o tema da EF e o SUS. Este trabalho visa dar contribuições para profissionais de EF que tenham contato com a Atenção Básica, contudo, por ter seu recorte nos programas acima descritos, serve também como importante referência para a construção do trabalho do profissional dentro das AcadS, embora esteja distante de responder como são mobilizados os saberes por estes.

Este levantamento de trabalhos já realizados sobre programas anteriores ao AcadS teve como objetivo elencar algumas das principais discussões que estão direta ou indiretamente atreladas à temática deste trabalho e como os programas antecessores ao AcadS participaram da construção desta nova proposta. Percebe-se que há um predomínio na

literatura de trabalhos com cunho avaliativo e de análise da efetividade destes programas, especialmente no campo epidemiológico. Por outro lado, estudos envolvendo o trabalho dos profissionais ou especificamente sobre a temática da mobilização de saberes nestes espaços ainda são pouco desenvolvidos. Portanto, nota-se aqui mais um motivo para buscar entender como os profissionais de EF mobilizam saberes visando atender as demandas das AcadS.

3.4 DIFERENTES ENFOQUES DE PROGRAMAS PÚBLICOS ENVOLVENDO ATIVIDADE FÍSICA/PRÁTICAS CORPORAIS

Sinteticamente é possível identificar dois modelos/vias de direcionamento da gestão de programas baseados em atividades físicas/práticas corporais para a promoção de saúde da população até se chegar ao modelo de intervenção no qual se sustenta as AcadS: de base populacional que privilegia o encontro, o acolhimento, o acompanhamento, a integralidade de cuidado, o trabalho multiprofissional, o projeto singular terapêutico etc. Inicialmente, até meados da década de 1990, havia uma lógica informacional/comportamentalista, onde se visava de certa forma comprometer a população a fazer e contabilizar as atividades físicas realizadas. Em 1986, por exemplo, foi criado o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Desporto, que visava colaborar para o aumento da prática desportiva e de atividades físicas pela população (FERREIRA; NAJAR; 2005). Um clássico neste sentido foi o programa “Agita São Paulo”, que posteriormente pautou o “Agita Brasil”. Lançado em 1996, o Agita São Paulo adotou a recomendação global sobre atividade física, sistematizada pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC/EUA) e do *American College of Sports Medicine* (ACSM), e acabou lançando a prática de atividades físicas por pelo menos trinta minutos por dia, que poderiam ser incorporados na rotina diária de qualquer sujeito que conhecesse tal recomendação. Cabia a cada sujeito acionar sobre si mesmo as informações mais abalizadas sobre como assegurar um estilo de vida saudável e, assim, evitar o sedentarismo. Ao estado, mídia e entidades não governamentais cabia fazer circular em massa tais recomendações, portanto, mais do que organizar cenários de práticas corporais, era preciso por a mensagem a correr para chegar ao maior número de pessoas (FRAGA, 2005). Outras iniciativas nesta linha continuaram surgindo, como o evento “Brasil Saudável” realizado em Brasília e em outras capitais em 2005, buscando também divulgar a estratégia global de atividade física. Já em 2006 surge o projeto de comunicação social “Pratique Saúde”, estimulando a atividade física, alimentação saudável e a prevenção do tabagismo. Em

2008 nasce outra campanha para mobilizar a prática de atividade física e convidar a população a participar do “Time Mais Saúde” (MALTA *et al.*, 2008). No mesmo ano, é lançado no RS o projeto “Tchê Mexe”, também envolto com a temática da informação dos benefícios e necessidades de se realizar atividades físicas.

Em um segundo modelo, a gestão/poder público se encarregou de disponibilizar aparelhos em espaços públicos para uso livre da população, tal como ocorre com os brinquedos infantis de praças públicas (escorregador, balanço, gira-gira etc.), foi o caso das Academias da Terceira Idade (Imagem 1), que também não deixaram de estar conectadas com a ideia comportamentalista da realização de atividades físicas. Logo, apesar de haver provisão de aparelhagem, não se previu a orientação de um profissional de educação física, muito menos atendimento multiprofissional em equipes de saúde, pois não foram pensados como lugares de acompanhamento, por isso, na maioria das cidades não possuem ligação com as Secretarias Municipais de Saúde, NASF ou UBS.

Imagem 1 – Academia da Terceira Idade (ATI).



Fonte: Autor

Por fim, experiências como a Academia da Cidade especialmente as de municípios como Belo Horizonte e Aracajú²⁶, precursoras das AcadS, apresentaram uma nova proposta para a promoção de saúde através de práticas corporais/atividade física. Emerge um modelo

²⁶ Estas cidades são as que mais se aproximam dos objetivos previstos nas AcadS, pois desenvolvem um atendimento mais integral aos frequentadores, com destaque para o acompanhamento nutricional e consequente estímulo a produção de hábitos alimentares saudáveis, item previsto nos objetivos do programa AcadS.

de base populacional, na qual se encontra o Programa AcadS, onde os objetivos vão além da oferta dos espaços ou da produção de informações sobre os benefícios da atividade física e caminham para um atendimento integral da população, levando em consideração as características e necessidades locais, agora com a interlocução entre os programas e os respectivos serviços de saúde de cada município e que investe no encontro entre as pessoas.

Embora estas ligações pareçam delinear novos caminhos no sentido da promoção da saúde com vistas à integralidade, no atendimento usuário-centrado, ainda é cedo para fazer considerações neste viés. É preciso levar em conta que a AcadS é um programa em implantação e poderão ocorrer casos em que os profissionais responsáveis em gerenciar as atividades no polo não as façam na perspectiva populacional, logo, retoma-se a lógica do não acompanhamento, na qual o espaço para a prática é oferecido ao usuário, ficando este com o compromisso de praticar suas atividades para “ter” saúde. Ainda nesta direção, dentro das AcadS poderá acontecer de o usuário não gostar do espaço, preferir realizar suas atividades livremente, sem interesse em uma orientação. No entanto, ao profissional responsável pelo serviço, caberá ouvir às demandas buscar atendê-las ali ou em outro lugar, uma vez que o usuário é literalmente o centro das atenções. As responsabilidades pelo cuidado devem ser compartilhadas, e não apenas entre os profissionais. É preciso potencializar a oferta de práticas corporais/atividades físicas com o acompanhamento para que os usuários não apenas possam praticar, mas também delas se apropriar com vistas à autonomia e ao empoderamento na promoção da saúde na comunidade da qual fazem parte.

No entanto, são também estas questões que justificam o objetivo em querer compreender os saberes que devem ser mobilizados para a atuação do profissional dentro da proposta do Programa AcadS, entendendo ainda do que e como se constitui essa bagagem profissional. Como observado, o Programa AcadS buscou uma abordagem diferente dos demais programas envolvendo a temática da atividade física/práticas corporais, logo, surge a necessidade de conhecer e aprender novos saberes para a atuação neste espaço. Este fato só seria possível ser alcançado de duas maneiras, especialmente por ser um programa novo e ainda não existirem estudos relacionados ao tema: uma delas trabalhando no serviço e a outra entrevistando os trabalhadores, da maneira como foi realizado no presente trabalho.

POLO 4: OS SABERES E A CONSTRUÇÃO DA ‘BAGAGEM’ PROFISSIONAL

Neste Polo busca-se apresentar inicialmente uma caracterização conceitual do termo saberes, elemento chave na questão de pesquisa da dissertação. Para isso, são utilizados autores da área da educação, especialmente Tardif (2012) e Gauthier *et al.* (1998), pelo fato de que nesta área se encontra grande parte dos estudos sobre saberes e nela a formação em Educação Física está fortemente assentada. Embora a discussão sobre saberes esteja mais relacionada à docência no âmbito escolar e universitário, as abordagens desenvolvidas nestes estudos dão indícios muito claros da possibilidade analítica também entre profissionais de EF que trabalham com usuários em espaços como o AcadS. Esta aproximação teórica com elementos produzidos na educação, em articulação com a produção específica sobre formação em saúde, ajudou a orientar a construção da parte analítica sobre os saberes profissionais da educação física no campo da saúde. Corroborando, autores da área da EF, como Borges e Desbiens (2005), também se valem de Tardif e Gauthier para tratar dos saberes da EF e destacam que estes conhecimentos são acima de tudo fundados “nas interações entre os seres humanos” (BORGES; DESBIENS, 2005, p.161), logo, podem também auxiliar a pensar nas relações dos saberes mobilizados por parte dos profissionais de EF nas AcadS e em serviços de saúde.

Já em um segundo momento, são apresentados conceitos e saberes relevantes para a formação em saúde de acordo com a perspectiva de autores que trabalham com esta temática e transitam no campo da saúde. Além disso, descrevem-se ferramentas que podem auxiliar os profissionais de EF no aprendizado e na construção de novos conhecimentos. Merhy; Franco (2008), Ceccim; Feuerwerker (2004a), Czeresnia; Freitas (2003) são alguns autores da área da saúde e SCol que ajudam na construção textual, além de nomes do próprio núcleo da EF, como Fraga; Carvalho; Gomes (2013; 2012), Bagrichevsky (2007), afinal é também com este olhar que o presente trabalho é direcionado, ou seja, visualizando o campo da saúde a partir do núcleo da EF.

4.1 A DIVERSIDADE DOS SABERES E SUAS FONTES

A produção teórica sobre saberes possui estreita relação com o campo da educação, no qual uma das questões centrais dos pesquisadores seria a de identificar:

quais são os saberes que servem de base ao ofício de professor? Noutras palavras, quais são os conhecimentos, o saber-fazer, as competências e as habilidades que os professores mobilizam diariamente, nas salas de aula e nas escolas, a fim de realizar concretamente as suas diversas tarefas? (TARDIF, 2012, p. 09).

A temática dos “saberes” vem sendo abordada desde 1980 no mundo anglo-saxão e desde a década de 1990 no Brasil por diferentes autores²⁷, mas entre eles “apenas Tardif parece ter uma preocupação explícita por definir o que entende por ‘saberes’” (PUENTES; AQUINO; QUILLICI NETO, 2009, p. 174-175). Para Tardif (2012), este termo pode abarcar um conjunto de conhecimentos, competências, habilidades e atitudes, o que por muitas vezes foi chamado “de saber, de saber-fazer e de saber-ser” (TARDIF, 2012, p. 60). Outro destaque importante trazido pelo mesmo autor, embora vinculado ao campo da educação, indica claramente a possibilidade de aproximação com relação aos profissionais de EF que atuam nas AcadS, por estarem em relação constante com o território e os usuários. Para Tardif (2012, p. 14) o saber é um acontecimento social, por diferentes motivos, como por exemplo: por ser partilhado no coletivo de seus locais de trabalho; por ter como finalidade a transformação e educação de objetos sociais; pelo fato do saber-ensinar e os saberes a serem ensinados estarem ligados e se modificarem de acordo com a história de uma sociedade; e também por ser adquirido durante o processo de “socialização profissional”, onde é incorporado, modificado, adaptado em função dos momentos e das fases de uma carreira, ao longo de uma história profissional onde o professor aprende a ensinar fazendo o seu trabalho”.

A construção de saberes pelos profissionais durante suas trajetórias de vida é um marco importante quando se procura pensar a formação. Conforme destaca Nunes (2001), em uma revisão literária nacional buscando identificar a fonte da temática dos saberes nas pesquisas educacionais sobre formação de professores, é somente a partir da década de 1990 que o professor começa a “*ter voz*” no desenvolvimento teórico-metodológico das pesquisas. Ou seja, antes disso prevaleciam estudos de formação profissional com a dissociação entre aspectos de formação e a própria prática profissional. Ainda nesta direção, Gauthier *et al.* (1998, p. 18) traduz como “repertório de conhecimentos” os saberes oriundos de pesquisas feitas no campo/sala de aula, o que representa uma parte do “reservatório de conhecimentos”, também conhecido na literatura anglo-saxônica como a “*knowledge base*”, a base de conhecimentos, que pode englobar outros saberes, não se restringindo aos do campo/sala de

²⁷ Autores anglo-saxões: Maurice Tardif, Clermont Gauthier, Lee S. Shulman. Autores brasileiros: Paulo Freire, Marcos Tarciso Masetto, Selma Garrido Pimenta, Maria Isabel Cunha.

aula. O fato a ser aqui destacado, e que também foi levado em consideração durante a realização desta dissertação, é que quando se procura entender os saberes necessários para a docência, ou para o trabalho nos polos de AcadS, é fundamental levar em consideração os conhecimentos teoricamente sistematizados, da prática profissional e os trazidos na “bagagem” (TARDIF, 2012; GAUTHIER *et al.*, 1998) individual construída no decorrer da história dos profissionais.

Com relação aos tipos e classificações de saberes pertencentes a esta base de conhecimentos necessários para a docência, Puentes, Aquino e Quillici Neto (2009) em uma revisão de literatura envolvendo alguns dos principais autores na área, apontam diversas abordagens, que podem ser observadas na ilustração abaixo.

Ilustração 8 – Classificação dos Saberes

AUTORES	SABERES
Tardif; Lessard; Lahaye (1991).	Saberes da formação profissional; disciplinares; curriculares e experienciais.
Freire (1996)	Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou a sua construção; Ensinar exige rigorosidade metódica; pesquisa; respeito aos saberes dos educandos; criticidade; estética e ética; exige a corporeificação das palavras pelo exemplo; exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; exige reflexão crítica sobre a prática e por fim exige o conhecimento e a assunção da identidade cultural.
Gauthier <i>et al.</i> (1998)	Saber disciplinar; saber curricular; saber das ciências da educação; saber da tradição pedagógica; saber experiencial e saber da ação pedagógica.
Pimenta; Anastasiou (2001)	Saberes da experiência; saberes da área do conhecimento; saberes pedagógicos e saberes didáticos.
Cunha (2004)	Saberes relacionados com o contexto da prática pedagógica; com a ambiência de aprendizagem; com o contexto sócio-histórico dos alunos; com o planejamento das atividades de ensino; com a condução da aula nas suas múltiplas possibilidades e os relacionados com a avaliação da aprendizagem.

Fonte: Autor, com base em Puentes; Aquino; Quillici Neto (2009).

Como abordado anteriormente, Maurice Tardif é amplamente reconhecido e referenciado por boa parte dos demais estudiosos no campo de estudo sobre os saberes docentes. Tal destaque pode ser explicado, entre outros fatores, pelo seu modo de classificar a fonte de proveniência dos saberes. Ao descrever que os saberes provêm da formação profissional e de saberes das disciplinas, do currículo e da experiência, foi possível convergir

esta busca e compreensão dos conhecimentos para os profissionais que trabalham nas AcadS, pois assim como os professores da área da educação, os profissionais aqui estudados também possuem alguma ligação com parte destas fontes.

Com relação aos saberes da formação profissional, trata-se de um conjunto de saberes normalmente transmitidos por instituições de formação como escolas ou faculdades. Para a EF pode ser entendido como um conjunto de saberes da área que não é familiar/conhecido por pessoas ou profissionais de outras profissões. “Esse tipo de saber permeia a maneira de o professor existir profissionalmente” (GAUTHIER *et al.* 1998, p. 31), ou ainda torna a EF um “ofício feito de saberes”²⁸.

Os saberes das disciplinas/disciplinares englobam diversas áreas de conhecimento. São “saberes sociais definidos e selecionados pela instituição universitária” (TARDIF, 2012, p. 38) e transmitidos aos profissionais através das diferentes disciplinas ofertadas pela universidade. Na formação em EF, utilizando como exemplo o Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado da ESEF/UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2012), estariam disciplinas encontradas nos seguintes núcleos do currículo: núcleo de estudos do lazer; núcleo dos fundamentos da educação inclusiva; núcleo de estudos socioculturais; núcleo do desenvolvimento humano, entre outros. Gauthier *et al.* (1998, p. 29) também elenca essa fonte de saber, destacando que “o professor não produz o saber disciplinar”, no entanto, precisa extraí-lo quando necessário para ensinar, ou para conduzir o seu trabalho de acordo com os objetivos propostos.

A terceira fonte de saberes, também categorizada por Tardif (2012) e Gauthier *et al.* (1998), trata dos saberes curriculares. Podem ser apresentados “sob a forma de programas escolares (objetivos, conteúdos, métodos) que os professores devem aprender a aplicar” (TARDIF, 2012, p. 38). A nomenclatura “curricular”, por ser familiar ao campo da educação, e por não haver no campo da saúde um “currículo” a ser seguido, parece não ser a mais adequada para utilização na saúde. Para manter um grau de coerência com as demais fontes de saber, e adaptá-la ao universo laboral do campo da saúde, cabe nominar este conjunto de os saberes processuais requeridos no trabalho nas AcadS. Estes saberes ajudariam os profissionais na organização do processo de trabalho, visando à constituição de um caminho para a aplicação de seus conhecimentos e que seja gerido levando em consideração alguns fatores como: as necessidades dos territórios e dos usuários, o gerenciamento dos recursos do

²⁸ Gauthier *et al.* (1998, p. 20, 25 e 28) descrevem três categorias relacionadas às profissões. As de “ofícios sem saberes”, onde não há uma formalização de saberes próprios; os “saberes sem ofício” em que a redução da complexidade do ensino acaba em sua não correspondência com a realidade e por fim “um ofício feito de saberes”, onde diversos saberes são mobilizados para a sua atuação que requer o saber.

polo, a gestão sobre horários de trabalho, a mobilização de atividades condizentes com as demandas locais. Estes e outros saberes processuais ajudariam os profissionais a saber aplicar a tríade objetivos-conteúdos-métodos destacada por Tardif (2012).

Por fim, a quarta, e talvez mais importante fonte de saberes, foi de grande relevância para o alcance dos objetivos deste estudo, uma vez que, como já relatado, é ainda recente a implantação dos polos de AcadS. Logo, a experiência registrada até então pelos profissionais atuantes aparenta ser um potencial produtor de novos saberes para o trabalho nos polos. Os saberes da experiência/práticos (TARDIF, 2012; PIMENTA; ANASTASIOU, 2005; GAUTHIER *et al.* 1998) são construídos pelos próprios profissionais durante a prática e também validados através dela. O destaque e a importância desta fonte de saberes pode ser confirmado na passagem de Tardif (2012, p. 54), quando afirma que “os saberes experienciais não são saberes como os demais; são, ao contrário, formados de todos os demais, mas retraduzidos, “polidos” e submetidos às certezas construídas na prática e na experiência”.

4.2 A PRODUÇÃO DE SABERES NA EDUCAÇÃO FÍSICA

A quantidade de estudos na área de EF abrangendo os saberes profissionais para atuação em serviços de saúde ainda é muito pequena em relação ao campo da Educação. Como destaque é possível citar a autora Cecília Maria Ferreira Borges, que embora não tenha sua produção voltada para a área da saúde na EF, no contexto do SUS, como se pretende aqui, trabalha com os saberes dos professores de EF no ambiente escolar. Dentro de uma perspectiva que se aproxima bastante da discussão empreendida nesta dissertação. Sua base teórica está em Tardif e também outros autores como Philippe Perrenoud, António Nóvoa e Jacques Therrien.

A principal contribuição de Borges (2001) é mostrar a relação entre os saberes disciplinares e os saberes profissionais no processo de construção dos conhecimentos do profissional de EF. Essa autora faz isso instigada pelo relato de alguns professores que diziam ter nas suas práticas inúmeros desencontros com o que haviam aprendido durante a formação acadêmica. Assim como Tardif (2012), a autora entende que os saberes dos professores de EF nas escolas são um “amálgama” de saberes com procedências diversas, como por exemplo: no contexto escolar, nas condições e relações de trabalho, na trajetória acadêmica, nas experiências esportivas bem como nos campos disciplinares.

Em obra mais recente, Borges em conjunto com Desbiens (2005, p. 159) discorrem sobre “uma clivagem entre duas opções de formação: licenciatura e bacharelado”, na qual muitos estudantes, assim como ocorreu em minha graduação, optam por uma formação, e normalmente, por exigência do mercado de trabalho, ou por interesse próprio, acabam pulando para o outro campo de atuação, sendo necessário, portanto, graduar-se em ambas as formações (licenciatura e bacharelado). Os autores ainda abordam a complexidade do tema, sugerindo que esta clivagem é proveniente do campo da educação física e dos esportes, e justificam que estas duas opções de formação “têm também impacto sobre a maneira como se define o perfil do profissional que deve ser formado e, em consequência, sobre a natureza e os tipos de saberes e competências que estimamos necessários no exercício da sua profissão” (BORGES; DESBIENS, 2005, p. 161).

Ainda que a produção teórica sobre os saberes apresentada até o momento esteja centrada no campo de atuação docente (escolar ou universitário), entende-se que os mesmos também podem ser pensados para o trabalho do profissional de EF junto aos serviços de saúde, e aqui em especial focando nas AcadS. Justifica-se essa posição com base na ideia de que este trabalho,

[...] quer seja realizado em uma sala de aula quer em um centro esportivo, é antes de tudo uma atividade fundada nas interações entre seres humanos. Por exemplo, para o educador físico as salas de aula, assim como as clínicas, os clubes, os hospitais, os parques e até mesmo os serviços privados de *personal trainer*, constituem espaços de interações humanas e não se limitam apenas à pura formalização de uma atividade física, qualquer que seja sua natureza (gesto esportivo, ato técnico, estético, de saúde etc.). Acreditamos também que todas as atividades dos educadores físicos, qualquer que seja seu campo de atuação, a escola ou o mundo do trabalho, constituem práticas de formação, de instrução e de informação mediadas por interações humanas. Desse ponto de vista, todas elas possuem uma dimensão educativa no sentido amplo. (BORGES; DESBIENS, 2005, p. 161).

Quanto aos saberes dos profissionais de EF na área da saúde, Coutinho (2011) em sua tese de doutorado intitulada “Competências do profissional de educação física na atenção básica à saúde”, lança algumas categorias de competências, no entanto, também relata que “ao realizar uma revisão bibliográfica em periódicos nacionais, não identificamos nenhum estudo sistematizado que tenha se dedicado a analisar e discutir as competências do profissional da área da educação física na ABS” (COUTINHO, 2011, p. 67), mais uma vez confirmando a importância de novos estudos sobre a temática da formação em saúde na EF.

Com relação às competências destacadas pelo autor, seu primeiro instrumento de análise estava estruturado em duas divisões: competências gerais (ligadas ao comportamento profissional próprio, independente da profissão, como por exemplo, atitude, respeito, dedicação) e competências específicas (ligadas diretamente à profissão da EF, como a avaliação ou prescrição de exercícios). Os profissionais participantes do estudo deveriam elencar em um questionário pelo menos três competências em cada divisão que considerassem importantes para atuação do profissional de EF na atenção básica. Os 31 questionários respondidos resultaram na seguinte disposição de competências:

Ilustração 9 – Competências Gerais e Específicas do profissional de EF na atenção básica

Competências Gerais	Competências Específicas
Afetividade	Avaliação
Comunicação	Conhecimento
Conhecimento	Práticas Corporais
Flexibilidade	Prescrição
Humanização	Primeiros Socorros
Liderança	Promoção da prática de atividade física
Matriciamento ²⁹	
Planejamento e Avaliação	
Promoção da Saúde	
Trabalho em Equipe	

Fonte: Autor, adaptada de Coutinho (2011).

Aqui estão presentes competências, que como visto em Tardif (2000), juntamente com os conhecimentos, habilidades e atitudes, são elementos constituintes do conceito de saberes. Tal elenco de competências permitiu a ampliação do leque de hipóteses sobre a mobilização de saberes por parte dos profissionais das AcadS, tendo em vista a falta de estudos na área.

De forma um pouco menos abrangente, mas não menos importante, o Caderno de Atenção Básica número 27, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), se aproxima da temática dos saberes requeridos do profissional de EF, tendo como referência o trabalho no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O material traz dois princípios norteadores para a atuação

²⁹ “Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (CHIAVERINI *et al.*, 2011, p. 13).

no NASF, que estão ligados a diversos tipos de saberes. O primeiro princípio aborda a importância da “compreensão e contextualização histórica dos fenômenos, conceitos e determinações que envolvem a prática de atividade física na contemporaneidade” (BRASIL, 2010; p. 126), a fim de saber lidar com questões delicadas quanto ao gênero, às etnias, aos ciclos de vida, entre outras. O segundo princípio norteador trata da participação do profissional para indicar e construir estratégias para o desenvolvimento de atividades, que devem ser montadas de acordo com as demandas e de maneira coletiva, ou seja, sem a imposição de modelos pré-estabelecidos.

A principal contribuição deste material, no entanto, é apresentada através das “diretrizes para a atuação profissional”, que embora não sejam exclusivas do profissional de EF, serve como um ponto de partida, um guia norteador da prática. Dentre as doze diretrizes, é possível destacar: promoção de ações visando a inclusão social; a intergeracionalidade, o atendimento e o cuidado integral dos sujeitos; favorecer o trabalho interdisciplinar; organizar práticas de saúde voltadas à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação; informar quanto aos modos de vida saudáveis; valorizar a cultura local como forma de expressão da identidade; visar intervenções coletivas sem excluir a abordagem individual; conhecer o território; construir e ajudar na avaliação dos resultados das intervenções (BRASIL, 2010, p. 128-129).

Por fim, um dos documentos públicos diretamente relacionado aos saberes e conhecimentos que atravessam o trabalho profissional nas AcadS, apresentado anteriormente no Polo 3 para tratar das atividades a serem desenvolvidas nos polos, é o material desenvolvido para o Curso de Extensão em Promoção da Saúde para Gestores do SUS com Enfoque no Programa Academia da Saúde (FRAGA *et al.*, 2013). Este documento apresenta uma estrutura guia que além de discorrer sobre inúmeros conceitos em relação ao campo da saúde, também enfatiza os saberes elementares (e não únicos) a serem pensados e mobilizados pelos profissionais nos polos. Dentre as principais abordagens, destaca-se no Módulo 1 as discussões sobre o paradigma da promoção da saúde, bem como seus determinantes sociais; no Módulo 2 são apresentados fundamentos para a prática da promoção da saúde, no qual são abordados conceitos como autonomia, empoderamento, participação social, governança, território, equidade, intersetorialidade, redes sociais, sustentabilidade, integralidade. Ainda neste Módulo, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é apresentada através de suas diretrizes e fundamentos em consonância com as demais redes de atenção à saúde, bem como algumas estratégias e ferramentas que podem ser mobilizadas na AB. O Módulo 3 constitui fonte relevante de saberes aos profissionais de EF que almejam atuar na AcadS, uma vez que,

além de apresentar o Programa mais detalhadamente, elenca ações para serem desenvolvidas individual e coletivamente, apontando estratégias metodológicas e propondo inclusive atividades relacionadas ao núcleo da EF (esporte, jogo motor, práticas corporais introspectivas, práticas corporais junto à natureza, exercícios físicos, lutas, acrobacias, práticas corporais expressivas) para comporem as matrizes em que o profissional poderá sustentar sua atuação visando a integralidade do cuidado.

As competências trazidas por Coutinho (2011), o conhecimento das diretrizes que orientam o trabalho do profissional de EF no NASF, assim como o conteúdo do material do Curso de Extensão em Promoção da Saúde para Gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde, resultam na necessidade do profissional buscar diferentes fontes e mecanismos para se alcançar e construir estes saberes. Em outras palavras, seria preciso recorrer às quatro fontes de saberes abordadas anteriormente através de Tardif (2012), caso se quisesse dispor desta vasta bagagem de conhecimentos. Dentro dessas fontes, sem dúvida são inúmeros os espaços onde essa construção de conhecimentos pode acontecer. No meu caso específico, tive a oportunidade de participar de seminários do Programa AcadS promovidos pelo Ministério da Saúde e de seminários promovidos pelo grupo de pesquisas do qual faço parte (POLIFES), bem como cursar disciplinas do próprio mestrado tanto no PPGCMH quanto no PPG de Saúde Coletiva, inclusive tendo como professor um pesquisador referência na área de saúde coletiva, Ricardo Burg Ceccim. Experiências que me introduziram ao conjunto de saberes requeridos para um trabalho multiprofissional no campo da saúde, os quais permitiram compreender a importância de partilhá-los entre os diferentes núcleos e, principalmente, agregá-los aos saberes profissionais de EF.

4.3 CAMINHOS E CONSTRUÇÃO DOS “POLOS DE SABERES” PARA A BAGAGEM PROFISSIONAL

Dada a amplitude do campo de atuação em saúde, especialmente em relação ao SUS, e das diversas áreas de formação/profissões que o contemplam, acabam por se desenvolver saberes coletivos entre os núcleos de formação, ou seja, que são partilhados por entre enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, médicos, profissionais de EF, etc no exercício do cuidado. Assim como os saberes particulares e próprios de cada profissão ajudam o profissional a dar conta das demandas para as quais foi qualificado, os saberes coletivos são de fundamental importância para que haja a interlocuções das profissões entre si e das

profissões com o SUS, no sentido de viabilizar o atendimento dos objetivos ou necessidades encontradas no serviço.

Fazendo uma comparação com o campo da Educação, por exemplo, temos no universo escolar saberes relacionados à estrutura curricular, aos níveis de ensino, ao próprio marco regulatório nacional, saberes sobre pedagogia do ensino, sobre educação inclusiva, entre outros que no decorrer da profissão são mobilizados pelos profissionais que trabalham nesta área. O mesmo acontece com os trabalhadores dos serviços de saúde do SUS, ou seja, existem certos saberes elementares sobre o SUS, encontrados nas principais Leis³⁰ que o constituem, que tratam da equidade do direito e universalidade no acesso, da integralidade da atenção à saúde, da promoção, prevenção, recuperação e proteção da saúde, além de outros saberes, que se constituem e são mobilizados durante o processo de trabalho no campo.

Enfim, se você quer jogar vôlei, mesmo que não domine por completo todos os fundamentos da modalidade, terá em primeiro lugar que saber a modalidade de voleibol que pretende jogar (de quadra, de areia, de duplas ou quartetos...), para depois conhecer minimamente regras e os instrumentos que permitem o jogo se concretizar. O trabalho em saúde exige o mesmo, é preciso ter na bagagem os saberes da profissão e tatear alguns saberes próprios do universo em que se está inserido.

Partindo da ótica do egresso em EF, posição adotada para o direcionamento desta dissertação, é feita agora uma aproximação com alguns saberes em relação ao trabalho no campo da saúde, buscando identificar como os profissionais de EF podem acessá-los e também de que forma é possível a construção e a emergência de novos saberes no decorrer de suas vidas profissionais.

³⁰ O SUS foi homologado pela Lei Orgânica nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), e complementado pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que teve como objetivo regular a participação da população em sua gestão. Também é possível dizer que o SUS deixa suas raízes na Constituição Federal de 1988, a qual aborda a popular passagem: “a saúde, como direito de todos e dever do Estado, deve ser atendida através de políticas sociais e econômicas que atuem de forma equânime para todos os brasileiros no sentido da promoção, proteção e ainda de sua recuperação sempre que necessário” (BRASIL, 1988). Tal Sistema começa a ser delineado no início da década de 1970 através do Movimento da Reforma Sanitária, que articulado por trabalhadores, estudantes, profissionais de saúde, sindicatos e alguns setores populares, buscava a quebra do sistema médico-hospitalar privatista da época (PAIM, 2003). Mendes e Medeiros (2010, p. 34), relatam que o SUS é o resultado de constantes lutas do Movimento da Reforma Sanitária da década de 1970, que tinham o intuito de promover mudanças nas práticas meramente curativas da época. Nesse momento emerge um debate sobre o conceito ampliado de saúde, tendo esta não meramente como a ausência da doença (modelo biomédico). Como marco histórico nesse sentido, é publicada a partir da I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde, realizada no Kazaquistão, a Declaração de Alma-Ata.

4.3.1 Alguns “polos de saberes”

Antes de apresentar alguns caminhos/fontes para que o profissional de EF ou da saúde possa buscar alguns saberes inerentes ao campo e especialmente dentro do contexto do SUS, destaca-se primeiramente um conjunto de saberes que sempre estão em pauta no âmbito dos estudos sobre o trabalho em saúde, deixando claro que os elementos aqui apresentados não esgotam a discussão em relação à diversidade de conhecimentos necessários para contemplar as diferentes áreas de atuação durante o serviço em saúde.

Semelhante ao que Tardif (2012) e Gauthier *et al.* (1998) classificaram como “bagagem” de saberes, necessários para o trabalho docente, encontramos no campo da saúde o termo “valises tecnológicas/caixa de ferramentas” (MERHY; FRANCO, 2008, p. 429). Para Merhy; Franco (2008), os trabalhadores possuem, individual ou coletivamente, “ferramentas-máquinas (como o estetoscópio, a seringa)”, que no caso da EF poderiam ser traduzidas como monitores de frequência cardíaca, colchonetes, bolas, halteres, também dispõem de “conhecimentos e saberes tecnológicos (o seu saber-fazer clínico)”, ou seja, os caminhos necessários para utilizar corretamente os materiais, os conceitos e teorias nas mais variadas situações. Por fim, para completar a composição das valises, destacam a relação entre o trabalhador e os demais participantes do trabalho, seja os que participam da produção ou são consumidores finais deste.

Em outra definição, os instrumentos/máquinas, “as normas e as estruturas organizacionais” (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p. 388), poderiam ser caracterizados como “tecnologias duras”, o saber “técnico estruturado” (saber-fazer) em “tecnologias leve-duras” e as relações com os sujeitos do trabalho em saúde, as quais só se materializam no ato, nas ações propriamente ditas, seriam definidas como “tecnologias leves” (MERHY; FRANCO, 2008, p. 431). Cabe destacar que as tecnologias de trabalho aqui apresentadas são pensadas a partir do conceito de cuidado³¹, logo,

na produção do cuidado, o médico (mas poderia ser o enfermeiro, o técnico da saúde) utiliza-se das três valises, arranjando de modo diferente uma com a outra, conforme o seu modo de produzir o cuidado. Assim, pode haver a predominância da lógica instrumental; de outra forma, pode haver um processo em que os processos relacionais (intercessores) intervêm para um processo de trabalho com maiores graus de liberdade, tecnologicamente centrado nas tecnologias leves e leve-duras. (MERHY; FRANCO, 2008, p. 431).

³¹ “Cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização” (PINHEIRO, 2008, p. 110).

Ao pensar na atuação do profissional de EF, utilizando a tecnologia dura do monitor de frequência cardíaca, conforme colocado anteriormente, poderíamos, por exemplo, dependendo da metodologia de trabalho de cada profissional, ter também a predominância de uma lógica instrumental, em que o trabalhador apenas verifica os batimentos cardíacos do usuário durante uma atividade, se vale de seus saberes técnico-científicos (tecnologias leves) para saber se os números estão de acordo para a faixa etária do usuário e não discorre com o mesmo sobre os demais sintomas/sentidos (tecnologias leves) que a atividade proposta despertou naquele momento. Se esta última situação ocorresse, mais próximo o profissional estaria de uma prática voltada ao cuidado numa perspectiva de saúde ampliada.

Não é difícil encontrar profissionais que dão pouco valor a utilização de tecnologias leves em serviço, tal desvalorização é um dos tantos indícios de um aprendizado e a construção de saberes para a saúde que projetam uma “função sanitária”³² (WACHS, 2013) para a Educação Física centrada em uma lógica biomédica, ou seja, relacionando saúde somente a aspectos biológicos ou com a ausência da doença.

No que tange ao aprendizado e construção de saberes, com procedência na formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, a congruência de conteúdos na graduação com a proposta majoritariamente centrada numa perspectiva biomédica, com currículos que atribuíam “maior destaque para o estudo, análise e resolução de quadros centrados na patologia” (ROCHA; CENTURIÃO, 2007, p. 17), embora já comece a apresentar mudanças, ainda é algo presente nos cursos e conseqüentemente refletem na atuação compartimentalizada destes profissionais. Por outro lado, estas recentes mudanças têm influência de um paradigma emergente que apresenta uma nova forma de se observar saúde. O paradigma da integralidade, conforme aborda Lampert,

induz a construção de um novo modelo pedagógico, que, além do sentido ético, visa a um equilíbrio entre o aprimoramento da técnica e o comprometimento social, na construção de competências para dar conta dos problemas de promoção, preservação e recuperação da saúde (LAMPERT, 2011, p. 391).

³² Wachs desenvolve o conceito de função sanitária para identificar o papel social que foi projetado pela disciplina de Higiene entre os anos de 1941 e 2011 na ESEF/UFRGS, no tocante ao processo de intervenção dos futuros profissionais de EF sobre a saúde da população, independentemente do local de atuação. Tal função projetada, e materializada em diferentes épocas pelos médicos que ministravam a disciplina, tornava visível o discurso sanitário predominante bem como suas descontinuidades dentro do período analisado.

Aqui, além de compreender o conceito de integralidade³³ para posteriormente conseguir praticá-lo, fica clara a necessidade de o profissional saber, afinal, com qual concepção de saúde seu trabalho está sendo realizado. Esta discussão não é recente e seu conceito histórico carrega distintas definições, sendo que como marco relevante é possível destacar a Declaração de Alma-Ata, publicada a partir da I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários à Saúde, realizada no Kazaquistão em 1978. Nela estava claro que não seria possível “recuperar, proteger ou promover a saúde dos povos sem combater a pobreza” e as desigualdades (BAGRICHEVSKY *et al.*, 2013, p. 498). Portanto, a saúde não estaria ligada somente a fatores biológicos, mas também, e fundamentalmente, às circunstâncias que interferem positiva ou negativamente nos modos de viver de uma dada população, das quais as condições orgânicas são apenas uma parte. Autores como Czeresnia e Freitas criticam este modelo justificando que, “a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida” (2003, p. 19). Ainda nesta direção, na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, marco do nascimento do SUS, emergiu a definição de que saúde, em sentido amplo, “é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 8).

No âmbito internacional, ainda neste mesmo ano, é realizada em Otawa no Canadá, a I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde³⁴, que aprova a Carta de Intenções, um dos documentos de maior importância no sentido da promoção da saúde (BRASIL, 2009c). Nela ficam estabelecidos os seguintes pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça e equidade. Novas discussões sobre conceitos e políticas de promoção da saúde são abordadas em Conferências Internacionais realizadas em Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), Cidade do México (2000) e mais recentemente em Bangkok (2005). Também como referência, destaca-

³³ “A integralidade como definição legal e institucional é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema” (PINHEIRO, 2008, p. 256). Em análise mais detalhada, como apresenta Mattos (2001), a integralidade pode ser interpretada em três conjuntos de sentidos, sendo o primeiro deles sobre as práticas dos profissionais em saúde, o segundo relacionado aos atributos da organização dos serviços e ainda um terceiro sobre as respostas governamentais em relação aos problemas de saúde. Nesta dissertação a análise se aproxima do primeiro sentido, ou seja, compreender o trabalho integral dos profissionais em saúde de maneira que estabeleçam relações com os usuários e não com objetos, realizando assim práticas de “aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde” de forma que a “oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro” (MATTOS, 2004, p. 1414).

³⁴ Conforme Barbosa; Mendes (2005), no âmbito das políticas públicas, o termo Promoção da Saúde é usado pela primeira vez no Informe Lalonde, em 1974, primeiro documento oficial a utilizar o termo. O Informe destacou quatro elementos que poderiam servir como base para se promover a saúde: como a biologia humana, o estilo de vida e o ambiente onde as pessoas vivem, bem como a estrutura organizacional disponível para a assistência sanitária.

se o conceito proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) no ano de 1990, que definiram a promoção da saúde como sendo “a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento das melhores condições de saúde individual e coletiva” (SALAZAR, 2004, p. 21).

Saberes sobre promoção e prevenção da saúde também devem fazer parte das tecnologias leve-duras presentes na “caixa de ferramentas” dos profissionais de saúde. Complementando a definição de promoção da saúde apresentada anteriormente, entende-se que esta possui um sentido mais amplo do que prevenção, pois trata de medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 19). Czeresnia e Freitas (2003, p. 45) se valem do entendimento de Terris (1990) para explicar que as estratégias de promoção da saúde buscam “a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial”. Já com relação à prevenção, veremos que no dicionário formal prevenir significa chegar, dizer ou fazer antes de outrem, ou seja, dispor com antecipação, ou de sorte que evite dano ou mal (FERREIRA, 2000). As ações de prevenção da saúde são “intervenções orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações” (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p. 45).

Ter o conhecimento dos conceitos e saberes apresentados até então pode ser um bom ponto de partida para o profissional de EF que venha a desempenhar serviços na atenção básica (AB) em saúde. Para tanto, também é importante a compreensão de que AB consiste em um “conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012b, p. 19). Nesta linha, amplia-se ainda mais a rede de saberes necessários para o campo, uma vez que o trabalho do profissional pode ser realizado com base em diferentes políticas, programas e serviços que compõem a AB. Como exemplo, é possível citar o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1992, e que posteriormente foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF³⁵) (BUSS; CARVALHO, 1997, p. 2306), visando reorganizar o sistema de assistência à população através de equipes

³⁵ Estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica através de equipes multiprofissionais que devem ser compostas por “no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde”. Cada equipe se responsabiliza por no máximo 4.000 pessoas. (BRASIL, 2012b, p. 55).

multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS³⁶). No ano de 2006, através da Portaria nº 687/GM (BRASIL, 2006) é implantada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual possui ações específicas³⁷ que são desenvolvidas através de outras iniciativas, como por exemplo, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAM), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF³⁸), entre outras. O NASF, criado pela Portaria nº 154/GM em 2008, teve como objetivo aumentar as ações na AB, bem como ampliar as áreas de conhecimento junto à ESF, de modo que a figura do profissional de EF pode estar presente nas duas modalidades de NASF (1 e 2³⁹). Um avanço quanto à inserção do profissional de EF no SUS, visando constituir a equipe com base nos saberes do seu núcleo profissional, pode ser identificado na descrição das diretrizes do NASF (BRASIL, 2009a), quando na página 124 anuncia as práticas corporais e atividades físicas, e posteriormente aborda questões sobre o trabalho do profissional inserido neste contexto (BRASIL, 2009a, p. 128).

Outra questão relevante na atuação em saúde é o trabalho em equipe/coletivo, que se concretiza através da interação entre os profissionais durante o serviço, com intenção de mobilizar conhecimentos para conduzir o atendimento aos usuários no sentido da integralidade. Esta interação/reflexão multiprofissional pode ser tomada como uma das tantas “tecnologias leves” disponíveis, e que também devem compor a bagagem de saberes dos profissionais. Merhy e Franco (2008), ao destacarem a importância do “saber-fazer” em grupo, colocam que este tipo de tecnologia é a única pertencente a todas as profissões, para eles

³⁶ UBS são locais com estrutura física, distribuídos nos territórios, onde são feitos “atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica” (BRASIL, 2014).

³⁷ São ações específicas da PNPS: Divulgação e implementação da PNPS; Alimentação Saudável; Prática Corporal/Atividade Física; Prevenção e Controle do Tabagismo; Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do Desenvolvimento Sustentável. (BRASIL, 2006).

³⁸ Os NASF possuem como objetivo “apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família” (BRASIL, 2009a, p. 9). São serviços que não se constituem com unidades físicas e também não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo, que quando necessários são regulados por equipes de atenção básica. O NASF é composto por profissionais de diferentes áreas de conhecimento “que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família, das equipes de atenção básica para populações específicas e Academia da Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes”. (BRASIL, 2012b, p. 69).

³⁹ No NASF 1 compõem a equipe no mínimo cinco destes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. No NASF 2 a equipe deverá ter no mínimo três destes profissionais: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional. (BRASIL, 2009a, p. 27).

O trabalhador de saúde é sempre coletivo: o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente de todos (MERHY; FRANCO, 2008, p. 431-432).

Na linha do trabalho em equipe, “prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde” (BATISTA, 2013, p. 59), aparecem inúmeros conceitos e direcionamentos para que haja uma produção de saberes que contribuam no sentido das intervenções em saúde. Educação e equipe interprofissional, equipe transdisciplinar, equipe multiprofissional, trabalho entreprofissional e interdisciplinaridade são alguns exemplos. Com relação à equipe transdisciplinar, esta pode ser vista como um estímulo para que o profissional não dê vazão apenas aos saberes do seu núcleo de atuação, com intervenções estanques e sem conexão com outras áreas do serviço, limitando assim as possibilidades de ampliar a bagagem de saberes e prestar um atendimento de melhor qualidade aos usuários. Para Kastrup,

o trabalho com uma equipe transdisciplinar é um convite ao atravessamento e à transposição das fronteiras disciplinares, buscando a construção de um atendimento e de uma clínica para além das especialidades estanques, em favor de um trabalho coletivo num plano transversal, a ser permanentemente construído e cultivado (KASTRUP, 2013, p. 151-152).

Nesta mesma direção, Henz *et al.* (2013) apontam para a necessidade de se buscar um trabalho em saúde, uma “tecnologia de intervenção entreprofissões”, que não seja centrada exclusivamente em protocolos e que até desconsidere os conhecimentos que nascem durante a prática. Para os autores seria importante o “entre”, ou seja, o que não é sabido a partir da teoria, de disciplinas em cursos de graduação ou especialização, mas sim através do atravessamento/intersecção dos saberes de cada profissão, sendo assim:

Os diversos saberes profissionais têm lugar nesta proposta, mas não são necessária ou permanentemente centrais, uma vez que são valorizados também os saberes engendrados em comum e as invenções coletivas produzidas nos encontros em aulas, em campo, em supervisões, dentre outros. Propõe-se, com isso, que nos encontros possam ser produzidos pensamentos marcados pela implicação coletiva, a partir daquilo que é constituído nos interstícios, para além as fronteiras, um trabalho *entreprrofissões* (HENZ *et al.*, 2013, p. 166).

Esses conceitos ajudam a pensar a mobilização e a construção de novos saberes por parte dos profissionais de EF nos polos de AcadS, uma vez que, como o Programa prevê a intersetorialidade, e a ligação com equipes multiprofissionais de NASF e das UBS, em tese, o trabalho em equipe poderá gerar conhecimentos que preencham determinadas lacunas de saberes necessários para atender às demandas das AcadS. Constitui-se assim um novo “polo de saberes”, agora decorrentes do “borramento de limites” (CAMPOS, 2000, p. 220) entre os conhecimentos de cada profissão.

Os saberes para o trabalho no campo da saúde vão além dos apresentados até aqui e obviamente diferem nas especificidades de cada profissão. Contudo, uma característica comum entre todos os trabalhadores ao mobilizarem suas “valises” é que somente através do “trabalho vivo em ato” (MERHY; FRANCO, 2008) haverá o que podemos chamar de produção na saúde. Entende-se por trabalho vivo “o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado”, trata-se, portanto, de um processo de trabalho em que estão presentes e interagindo diversos tipos de tecnologias (MERHY; FRANCO, 2008, p. 430). Sendo assim, torna-se indispensável a interlocução dos saberes provenientes de tecnologias duras, leve-duras ou leves para que se atinjam os objetivos de promoção, prevenção ou recuperação da saúde, alinhados à ideia do cuidado e da integralidade ao usuário.

4.3.2 A formação em serviço e o “trabalho vivo”

O “trabalho vivo em ato” pode ser visto como uma fonte de saberes que se relaciona com o que Tardif (2012) classificou como “saberes experienciais”. Entende-se que este seja um dos principais meios de trocas, criações e reconfigurações de saberes por parte dos profissionais de saúde, pois é um momento em que se completa a tríade que dá sentido ao trabalho em saúde, ou seja, o serviço de saúde, o usuário e o(s) trabalhador(es). Para Kastrup,

o mergulho na experiência é possibilitado pelos encontros com pacientes no contexto social e econômico em que vivem, com os diferentes membros de uma equipe transdisciplinar e seus olhares e saberes específicos, com os serviços de saúde em sua dinâmica cotidiana e envolve, enfim, a experiência de um encontro consigo mesmo (KASTRUP, 2013, p. 151).

Capozzolo *et al.* (2013b, p. 124) também destacam a importância das “relações entre experiência, aprendizagem e produção de conhecimento na formação em saúde”, no entanto alertam para as diferenças entre a experiência e a prática. Segundo os autores, pode existir uma prática sem sentido, “como autômatos ou tarefeiros, podemos realizar e fazer aquilo que nos pedem e isso não necessariamente seria uma experiência que cria e inova possibilidades no sujeito e no mundo” (CAPOZZOLO *et al.*, 2013b, p. 126). Corroborando com a afirmação anterior, em sua dissertação de mestrado, Ferreira (2013) retrata através de sua experiência que o profissional de EF, chegando para trabalhar em um CAPS, algumas vezes já tinha suas tarefas pré-estabelecidas. Sendo assim, estaria “posicionado na função de executor de tarefas, um tarefeiro, que pode desempenhar sua função isoladamente do restante da equipe, de forma desconectada à realidade do serviço e do território” (FERREIRA, 2013, p. 71), ou seja, o profissional estaria totalmente desalinhado à proposta/objetivo da experiência na construção de saberes para o campo da saúde.

Embora nos cursos universitários voltados aos profissionais da saúde a “formação baseada na experiência” não ganhe tanto destaque quanto a “formação baseada na informação” (KASTRUP, 2013, p. 152), iniciativas recentes parecem preparar o profissional para uma atuação em consonância com os princípios do SUS, acima de tudo possibilitando que este conheça as particularidades do campo. É o caso de projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), lançado em 2005 através da Portaria Interministerial nº 2.101/MS/MEC (BRASIL, 2005) e que juntamente com o Ministério da Educação lançou em 2008 o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), criado pela Portaria Interministerial nº 421/MS/MEC (BRASIL, 2008). O PRÓ-SAÚDE tinha por objetivo promover mudanças na formação profissional, gerando conhecimentos através da prestação de serviços à comunidade. Esse programa contemplou inicialmente cursos de graduação que integravam a Estratégia de Saúde da Família, tais como: enfermagem, medicina e odontologia (BRASIL, 2005). Reflexos deste programa aparecem no estudo de Chiesa *et al.* (2011), que relatam o fato de unidades de ensino da USP, como a escola de enfermagem, faculdades de medicina e odontologia, já

conduzirem “processos de reorientação curricular, apoiados pelo Pró-Saúde” (CHIESA *et al.*, 2011, p. 37).

Entre os anos de 2010 e 2011 foi desenvolvido o PRÓ-SAÚDE II, agora contemplando diversos cursos na área da saúde. A UFRGS foi uma das instituições participantes, integrando 14 cursos de graduação, inclusive a EF. As construções realizadas no programa, especialmente através de intervenções profissionais no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal em Porto Alegre, geraram um livro na Universidade, com relatos de experiências dos alunos e professores. Destaca-se uma passagem do livro em que o docente representante da EF no PRÓ-SAÚDE II relata a necessidade da área “achar um lugar”⁴⁰ (BUENO; TSCHIEDEL, 2011, p. 70) nos espaços disponíveis, uma vez que nem mesmo os profissionais da Secretaria Municipal da Saúde pareciam entender de que forma contribuiriam os alunos de EF. Conforme justificou o professor, foi necessário que os alunos produzissem o lugar da EF naquele momento e para as circunstâncias. Entende-se que é também desta forma que se constituem os saberes para a atuação no campo da saúde, transpondo os “muros” das instituições de ensino e encontrando situações-problema que muitas vezes não são vistas em um curso universitário, por exemplo.

O PET-SAÚDE, mencionado anteriormente, estava voltado para atividades de ensino e extensão, sendo desenvolvido dentro de diversos cursos e instituições de ensino superior, tanto de graduação como pós-graduação. Com isso, tinha por objetivo uma educação em saúde alinhada com o “aperfeiçoamento e especialização em serviço” (SILVA; OLIVEIRA, 2013, p. 202), no intuito de qualificar em serviço os profissionais da saúde. Esta política de formação em saúde, da experiência, do “trabalho vivo” (MERHY, 2002) é também um avanço para a aproximação dos futuros profissionais de EF nos serviços do SUS.

As residências multiprofissionais em saúde, localizadas no nível de pós-graduação, também são importantes mecanismos para uma formação especializada em serviço. Nominadas desta forma por historicamente terem como pré-requisito a necessidade dos alunos residirem nos hospitais onde trabalhariam (SILVEIRA, 2005), caracterizam-se até hoje pela dedicação integral dos estudantes nos espaços de intervenção. Através das relações entre o trabalho e a formação, buscam formar profissionais orientados pelos princípios do SUS (BRASIL, 2007). Embora inicialmente tenham surgido com o objetivo de ensino em serviço para a Medicina, atualmente contemplam as mais diversas áreas de formação na saúde,

⁴⁰ Depoimento do professor Alex Branco Fraga, extraída do livro de Bueno e Tschiedel (2011), intitulado “A arte de ensinar e fazer saúde: UFRGS no Pró-Saúde II: Relatos de uma experiência”.

inclusive a EF, buscando na interlocução destas áreas de conhecimento durante o trabalho, qualificar profissionais para um atendimento em saúde de qualidade.

Valho-me da experiência pessoal de participação em um projeto interinstitucional para elencar mais um momento de construção de saberes da EF para o trabalho no SUS. O Projeto aprovado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) através do Edital nº 24/2010 e intitulado “Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva: Atividade física/práticas corporais no SUS”, é fruto do trabalho conjunto de três instituições de ensino de nível superior na área de EF: ESEF/UFRGS, CEFD/UFES e EEFE/USP. Seguindo o objetivo do edital, essas instituições realizam estudos no âmbito da graduação e pós-graduação, com “o propósito de acompanhar e analisar os processos de composição e articulação entre ensino, serviço e comunidade com vistas a constituir uma rede de saberes e práticas que responda aos desafios da formação em saúde comprometida com a defesa e consolidação do SUS” (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013, p. 12). Ainda como resultado deste projeto, em decorrência do I Seminário Internacional de Práticas Corporais no Campo da Saúde, realizado em Porto Alegre/RS no ano de 2012, foi produzido o livro intitulado “As práticas corporais no campo da saúde” (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2013), que também busca fomentar a discussão sobre os saberes de licenciados e bacharéis em EF para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Quando se pensa na formação e na produção de saberes no campo da saúde, é possível elencar inúmeros elementos que estão direta ou indiretamente relacionados a esta construção. O currículo dos cursos de formação, as políticas públicas, a história de vida do profissional ou do usuário do serviço de saúde e também o território onde se realizam os trabalhos na saúde são alguns exemplos de espaços onde se aprende. Além disso, conforme destaca Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 43) a formação engloba, entre outros aspectos, a “produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS”. Capozzolo *et al.* (2013a) ao trabalharem o conceito de cuidado na produção de saúde, acrescentam que o profissional de saúde precisa “compreender o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver do usuário, e abrir possibilidades de diálogo com suas concepções, expectativas, prioridades e desejos, reconhecendo-o como sujeito na produção de sua própria saúde” (CAPOZZOLO *et al.*, 2013a, p. 358).

Outro viés da produção de saberes na saúde está relacionado à educação em serviço/educação permanente. Aqui são contemplados fatores importantes que possibilitam o aperfeiçoamento dos profissionais da área

[...] tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. O contato continuado dos profissionais com os usuários nas ações e serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho coletivo e co-responsável, permite o cruzamento dos saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados à exigência ética de atender a cada cidadão conforme sua necessidade (CECCIM; ARMANI, 2002, p. 151).

Aqui é possível retomar a apresentação inicial deste Polo, na qual destaca-se que também se conhece algo na experiência, na troca com outras pessoas e lugares. No caso das profissões de saúde, em espaços múltiplos e com diferentes características. Ainda no sentido desta troca/aprendizado, além do profissional em formação ter que lidar com as particularidades de cada local, o fator área de formação também é um componente que de certa forma rege a produção de saberes na saúde. Para isso, conforme apresentam Ceccim e Armani (2002), é preciso

aceitar que há incerteza da definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituinte das profissões de saúde do campo da atenção integral à saúde, onde os conteúdos privativos são intercambiantes e provisórios, resultando mais da exigência ética de todos os profissionais do setor estarem tecendo autonomias assistenciais e composições criativas da Equipe de Saúde em cada serviço real, com uma população real e demandas reais de escuta, cuidados, curas e promoção da saúde individual e coletiva, que de desenhos corporativos prévios (CECCIM; ARMANI, 2002, p. 148).

Levando em consideração esta citação, e agora afinando a discussão para o núcleo da EF, cabe pensar o que se espera dele dentro do campo da saúde que não seja o transpor as fronteiras do núcleo e nem prevalecer com a lógica corporativista, de demarcação do território para componentes de intervenção específicos, sem permitir que outras áreas circulem/construam com a EF estes momentos.

A formação em EF voltada ao campo da saúde ainda almeja maiores produções. Em um estudo recente, Fraga, Carvalho e Gomes (2012) relatam que diferentemente do que ocorre com estudos sobre formação profissional, na área específica de formação em saúde, a EF carece de pesquisadores que trabalhem com a temática da SCol. Esta preocupação já fora registrada por Bagrichevsky, Estevão e Palma (2006) ao classificarem como tímida a participação de intelectuais da EF nas esferas de formulação de políticas públicas no Brasil, bem como em eventos científicos no setor da saúde.

Ainda assim, já são tecidas algumas considerações sobre as necessidades de formação do profissional de EF envolto com os princípios da SCol e do SUS. Luz (2007, p. 15), por

exemplo, destaca que mais do que ter uma “consciência sanitária”, é fator fundamental que o profissional entenda sua função no âmbito da SCol, que não é o treinamento como visto no desporto, ou a habilitação, identificada na educação. Ceccim e Bilibio (2007) também fazem considerações nesta direção, chamando a atenção para o trabalho da EF no sentido da “corporeidade” (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 48), ou seja, a formação deve estar alinhada com a perspectiva do corpo nos mais diferentes sentidos, nas emoções, nas perdas, nas paralisias, e não simplesmente na motricidade ou no movimento.

Bagrichevsky (2007) reforça a necessidade de uma Educação Permanente dos profissionais de EF para atuarem na SCol, a qual deve ter início na graduação e ser mantida no decorrer da vida profissional. O autor ainda comenta que um nível de formação desejado para a EF com perspectiva de atuação junto ao SUS só será alcançado “à medida que combinar metodologias e estratégias que associem conhecimento e intervenção – vivenciados na esfera dos serviços de saúde pública, incluindo o estímulo às atividades de apropriação, sistematização e produção desses saberes” (BAGRICHEVSKY, 2007, p. 43).

Em síntese, uma formação em saúde e conseqüentemente os saberes derivados desta e que serão mobilizados pelos profissionais da área durante o trabalho no campo, se constroem em diversas esferas, assim como descrito por Tardif (2012), Borges (2001), Gauthier *et al.* (1998). São exemplos, o cenário acadêmico, o trabalho propriamente dito, seja nas relações interprofissionais ou com usuários dos serviços de saúde e ainda nas políticas públicas que direcionam as necessidades e prioridades dentro da saúde.

POLO 5: METODOLOGIA

Este Polo tem como objetivo apresentar as principais etapas de realização da pesquisa tanto antes, como durante e após o processo de coleta de dados. Dentre outras fontes de informação, contou também com as fundamentações teórico-metodológicas abordadas em duas disciplinas⁴¹ do Programa de Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH). Sendo assim, para iniciar esta parte do trabalho, serão utilizados os textos,

⁴¹ Instrumento para Coleta de Informações na Pesquisa Qualitativa, ministrada por vários docentes do PPGCMH e Seminário Avançado: Fundamentos da Pesquisa Qualitativa em Saúde, que abordou assuntos de caráter metodológico envolvendo as principais teorias utilizadas no campo da saúde tanto em países ibero-americanos como anglo-saxões. Além disso, outros conteúdos também fizeram parte da disciplina, como estudos de caso sobre o rigor epistemológico, ético, como o pesquisador se posiciona em determinado estudo, buscando fundamentalmente entender a influência dos quadros teóricos sobre as escolhas metodológicas.

orientações e discussões de aula sobre os itens que não devem faltar em um capítulo de metodologia de um trabalho *stricto sensu*.

5.1 (DES)ENCONTRO COM O OBJETO DE PESQUISA

A construção do desenho metodológico para esta pesquisa equivale-se a uma “decisão de campeonato” sob a visão de um torcedor fanático. São momentos de elevada frequência cardíaca, onde tudo deve se encaixar, a jogada deve ser “bem costurada” e todos os fatores precisam conspirar para a perfeita harmonia entre o objetivo e a forma para alcançá-lo. Porém, também ocorrem situações de esmorecimento, quando o adversário nos encurrala e faz passar por períodos de tensão, tendo em vista as dificuldades impostas. Estas, por sua vez, podem esfriar o desejo pela conquista dos objetivos, assim como servirem de elementos delineadores da busca por condições que sejam convergentes com a intenção desejada.

Como o Programa AcadS foi lançado em 2011, não se imaginou encontrar problemas na busca por polos em Porto Alegre e Sapucaia do Sul, que pudessem contemplar as necessidades do estudo, ou seja, ter profissionais de EF atuando que pudessem vir a colaborar com a pesquisa. Inicialmente estas duas cidades foram escolhidas por viabilizarem o deslocamento e acessibilidade, além da previsão de construção de um polo ampliado em Sapucaia do Sul um na modalidade básica em Porto Alegre. Desta forma a coleta dos dados abrangeria duas modalidades e comunidades diferentes, o que contribuiria para a produção de informações mais relevantes quanto à mobilização de saberes por parte dos profissionais de EF nestes ambientes.

Embora tivesse conhecimento, através de informações recolhidas por e-mail⁴² em agosto de 2012, que estavam previstos cinco polos para Porto Alegre e dois em Sapucaia do Sul, quando em contato com as respectivas Secretarias de Saúde dos municípios, observou-se que ambos tinham recebido apenas a primeira parcela de investimentos⁴³ para a construção, ou seja, não seria possível fazer este recorte no estudo, uma vez que sem os polos não se encontrariam profissionais.

Com isso, se iniciou uma busca em todo o Estado do RS, ainda que o trabalho de campo pudesse ser reavaliado em função de logística. O Programa AcadS também contribuiu

⁴² O e-mail academiadasaude@saude.gov.br está disponível online no site do Programa Academia da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1801.

⁴³ Para implantação de um polo do programa AcadS, o município recebe três parcelas de investimento. Cada uma é liberada mediante avaliação do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), o qual acompanha a construção dos polos e fiscaliza se as etapas estão sendo cumpridas.

enviando um material que informava o número de parcelas recebidas por cada município para construção dos polos em todas as regiões do país. Quando em contato com os 48 municípios através de suas respectivas Secretarias da Saúde, que teriam recebido a terceira parcela para implantação do programa, somente quatro afirmaram ter concluído a construção, sendo que três delas ainda não contavam com a presença de um profissional de EF, ou de qualquer outro na área da saúde.

Não era de interesse desenvolver o estudo em apenas um polo e ainda por cima localizado a mais de 500km de Porto Alegre, o que se tornava um fator limitante mesmo optando-se por realizar uma etnografia, por exemplo, ou um estudo de caso etnográfico.

As circunstâncias até então impediam a realização do estudo conforme planejado. Em uma conversa com o orientador, surgiu a ideia de analisar o processo de implantação dos polos na perspectiva dos gestores. Pretendia-se entender como os responsáveis pela instalação do programa pensavam o processo de intervenção das AcadS dentro das comunidades. Em pouco tempo esta possibilidade de investigação foi descartada pela falta da presença direta do profissional de EF no estudo, que desde o anteprojeto de mestrado era o principal interesse.

Em uma nova tentativa de conciliação entre o interesse de estudo com o campo de estudo levantou-se a possibilidade de produzir o trabalho dentro da própria EsEF/UFRGS. Na ocasião, embora os sujeitos não estivessem envolvidos com o trabalho nas AcadS, seria possível analisar a atuação do profissional de EF, a partir das competências presumidas como necessárias pelos alunos em processo final de graduação para desenvolver o trabalho nas AcadS. Pretendia-se organizar um grupo focal com alunos do último semestre que estivessem cursando a disciplina de Bases das Práticas Corporais e Saúde, a qual participei voluntariamente como monitor EAD através da ferramenta moodle⁴⁴ e também tive a oportunidade de apresentar as AcadS durante o primeiro semestre de 2013.

A proposta citada encaminhava o início do trabalho. Contudo, meses depois de ter descartado o estudo nos polos no RS, realizou-se novo levantamento sobre a situação dos programas inaugurados e que tivessem profissionais de EF atuando, mas agora no cenário nacional, uma vez que ampliaria o leque de possíveis participantes. Por sugestão de um colega⁴⁵ do POLIFES a acessar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES⁴⁶), foi encontrado o registro oficial dos profissionais de EF que estavam trabalhando e os

⁴⁴ Ferramenta virtual de aprendizagem e educação a distância.

⁴⁵ Raphael Maciel da Silva Caballero, a quem agradeço por esta e outras colaborações no trabalho.

⁴⁶ O CNES é uma ferramenta virtual da Secretaria de Atenção à Saúde que visa disponibilizar informações atualizadas sobre a infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todo o país. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: mai. 2013.

respectivos polos em que se encontravam. Tal fato permitiu, finalmente, traçar os rumos desejáveis para a pesquisa e desenvolver a proposta metodológica que segue.

5.2 TIPO DE PESQUISA

A natureza descritiva e qualitativa deste estudo tem origem no interesse de investigação proposto, ou seja, compreender os saberes que são mobilizados pelos profissionais de EF para o trabalho nas AcadS. Assim, não teve como objetivo, por exemplo, saber a quantidade de saberes enunciados por cada sujeito, ou se a formação acadêmica/profissional destes interferiu nestes números. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa, conforme destaca Bosi (2012, p. 576) é “aquela cujos objetos exigem respostas não traduzíveis em números, haja vista tomar como material a linguagem em suas várias formas de expressão”. Nesta mesma linha, Minayo apresenta que:

A pesquisa qualitativa se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994, p. 25).

Através desta perspectiva torna-se importante relatar que o pesquisador é o ator principal no processo de coleta e análise dos dados em consonância com a literatura. É ele quem vai estabelecer o contato com os sujeitos do estudo, sendo de sua responsabilidade atuar de maneira criteriosa em todas as etapas do trabalho.

Thomas e Nelson (2002, p. 36) caracterizam a pesquisa qualitativa pela “interpretação e análise dos dados, por meio da utilização de descrição rica, narrativas interpretadas, citações diretas [...]”. Desse modo, optou-se pela técnica de análise de informações descrita como Análise de Conteúdo com base em Bardin (2009) e Minayo (2007) para delimitar os caminhos que conduziram aos saberes mobilizados pelos profissionais de EF. Análise de conteúdo consiste em

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p. 44).

Os resultados presentes em um estudo qualitativo, e especialmente no que se refere a esta investigação, não pretendem trazer generalizações. É possível que ao analisar a realidade de outras comunidades, espaços e populações, as interpretações e os resultados tragam novas maneiras de visualizar e entender como os profissionais de EF recrutam saberes para trabalhar nas AcadS.

5.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO NA LITERATURA ACADÊMICA

Mesmo se tratando de um método secular, uma vez que fora utilizado antes do século XVII para a decodificação de símbolos, sinais e mensagens, por meio da exegese (avaliação minuciosa) dos textos bíblicos, visando à interpretação de metáforas e parábolas (CAMPOS, 2004, p. 611), isso não significa que a análise de conteúdo seja fácil de ser utilizada. Conforme identificado em uma breve revisão de literatura sobre o tema, apresentado a seguir, o pesquisador é o principal responsável por conduzir e gerenciar todas as etapas do processo de análise, por isso é fundamental que entenda e despenda o tempo que for necessário para trabalhar nos dados que ajudarão a compor uma das principais partes do estudo.

Em uma pesquisa no campo “buscar assunto”, com o indexador “Análise de Conteúdo” junto ao Portal de Periódicos Capes⁴⁷, foi possível encontrar 1986 resultados. O mesmo indexador pesquisado na guia “procura básica” na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações⁴⁸ (BDTD) do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) resultou em 3434 documentos. Isso demonstra que o método é muito utilizado na produção acadêmica encontrada nestas duas bases de dados⁴⁹ de relevância.

A grande quantidade de achados nas bases mencionadas, juntamente com o objetivo de entender de que forma é utilizada a análise de conteúdo em teses e dissertações, e especialmente visando encontrar a técnica de análise adequada para ser aplicada neste trabalho, levaram a refinar a pesquisa para um levantamento no Sistema de Bibliotecas (SABi⁵⁰) da UFRGS. Esta base de dados foi escolhida por agrupar em um catálogo, todas as teses e dissertações produzidas nos programas de Pós-Graduação da UFRGS.

⁴⁷ Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em: abr. 2013.

⁴⁸ Disponível em: <<http://bdt.d.ibict.br/>>. Acesso em: abr. 2013.

⁴⁹ A base de dados IBICT foi escolhida por abranger teses e dissertações de diversos programas de Pós-Graduação no contexto nacional e também por permitir o acesso integral aos documentos, o que não foi possível quando acessado a base de Banco de Teses Capes. Já o Portal de Periódicos Capes foi selecionado com o intuito de encontrar produções no âmbito internacional, bem como expandir a busca para artigos, livros e resenhas que pudessem auxiliar na temática.

⁵⁰ Disponível em: <<http://sabi.ufrgs.br/>>. Acesso em: mai. 2013.

Inserindo na pesquisa básica o indexador “análise de conteúdo” e selecionando a opção palavras adjacentes⁵¹, foram obtidos 390 resultados. Como forma de complementar e refinar a procura por trabalhos que se aproximassem da área de interesse de pesquisa, foi selecionado o campo de ‘pesquisa avançada’ e utilizado os indexadores “análise de conteúdo” e “educação física”, também com o intuito de encontrar trabalhos realizados no Programa de Pós-Graduação em que foi realizada esta dissertação. Identificaram-se seis resultados conforme descritos na ilustração 6.

Ilustração 10 - Achados na base de dados SABi sobre Análise de Conteúdo e Educação Física

	Área	Tipo	Metodologia/instrumento	Temática
	EF	Tese (MONTEIRO, 2007)	Entrevistas	Futebol e Antropologia social
	EF	Dissertação (SANTINI, 2004)	Entrevistas Análise Documental Diário de Campo	Carreira Docente
	EF	Dissertação (SILVA, 2001)	Questionário Análise Documental Observação não Participante	Deficiência Mental
	EF	Dissertação (GOMES, 1997)	Questionário Observação não Participante	Postura Corporal
	Educação	Dissertação (REPPOLD FILHO, 1988)	Questionário Análise Documental Observação não Participante	Ensino e Aprendizagem escolar
	Fisioterapia	Dissertação (PICCININI, 2010)	Entrevistas Diário de Campo	Cuidado em Fisioterapia no SUS

FONTE: Autor

A aplicação de questionários e entrevistas foram métodos usuais para a coleta de informações nos estudos encontrados. Dentre os autores mais utilizados para o embasamento teórico da análise de conteúdo, Bardin foi citado em quatro (MONTEIRO, 2007; SANTINI, 2004; SILVA, 2001; REPPOLD FILHO, 1988) dos seis principais achados. Apareceram também outros autores como Minayo (PICCININI, 2010), Richardson; Trivinos; Neto, Grawitz (SILVA, 2001), Campenhoudt; Quivy, Vala, Silverman (MONTEIRO, 2007), e Stone (GOMES, 1997). Durante a leitura dos trabalhos, percebeu-se que a análise de conteúdo

⁵¹ Ao selecionar esta opção, a busca na base de dados somente carregará os resultados em que apareça exatamente o termo descrito, evitando que qualquer outro documento com as palavras “análise, ou “conteúdo” presentes no texto, por exemplo, sejam inseridas no levantamento.

compreende diversas técnicas possíveis de serem utilizadas e exige do pesquisador uma produção minuciosa/exaustiva de descrição, leitura e análise do conteúdo das mensagens recolhidas durante o trabalho de campo.

No trabalho de Piccinini (2010), chamou atenção a técnica da análise temática proposta por Minayo, onde cabe ao pesquisador identificar núcleos de sentido que fazem parte de uma comunicação, sendo que a presença ou frequência destes signifiquem algo para o objetivo de análise pretendido. Durante a análise dos dados, a composição dos núcleos de saberes ou que se aproximassem dos saberes que eram mobilizados pelos profissionais de EF para atuação nas AcadS, vinculou-se como uma ferramenta importante para a produção de resultados mais consistentes nesta pesquisa. Justificando a escolha da análise de conteúdo temática para a análise dos dados, amparou-se em Minayo (2007), que entende ser esta a melhor forma para dar conta da investigação qualitativa no âmbito da saúde.

Ainda no SABi, não foram encontrados estudos próximos ao interesse de pesquisa na busca por “análise de conteúdo” e “educação física”, logo, foram realizados levantamentos com os indexadores “análise de conteúdo” e “formação em saúde”, esta última por se tratar de uma das principais temáticas envolvidas no trabalho. Dois resultados foram obtidos (ROSA, 2011; SILVEIRA, 2011), um no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e outro no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. O primeiro se aproxima do contexto de formação em saúde anunciado nesta dissertação, abordando questões de integralidade e cuidado, no entanto no campo da enfermagem, mesmo assim foi muito útil para a aproximação com o método da análise de conteúdo. Já o segundo trabalho tratava das relações de ensino e aprendizagem entre professores e estudantes de um Programa de Residência em Saúde. Em ambos observou-se a utilização da análise de conteúdo respeitando três fases, descritas por Bardin (2009) e Minayo (2007) como: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (as fases serão descritas mais adiante no subtítulo: tratamento dos dados). Em alguns achados (SANTINI, 2004; PICCININI, 2010; REPPOLD FILHO, 1988) também foi identificada a presença dessas três etapas cronológicas previstas para a análise de conteúdo, as quais foram utilizadas neste trabalho para desenhar a análise de conteúdo temática.

Embora seja desenvolvida com etapas bem definidas e justificadas por teóricos conhecedores do método, é importante trazer a passagem de Cavalli (2009, p. 39) quando relata que a “Análise de Conteúdo não é um método rígido, no sentido de que, percorrendo-se uma sequência fixa de etapas, fatalmente se obteriam os resultados desejados”. Contudo,

serve como um delineador de possibilidades para que se consiga dar sentido aos conteúdos revelados.

5.4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Nos próximos parágrafos são apresentados os procedimentos adotados antes, durante e após o contato com os participantes do estudo.

De posse das informações encontradas no CNES e após o trabalho aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa⁵² junto à Plataforma Brasil, foram utilizadas diferentes ferramentas para entrar em contato com os profissionais. Inicialmente pretendia-se contatar as respectivas Secretarias de Saúde dos municípios que tinham AcadS, para que fornecessem os e-mails dos profissionais, no entanto, a grande quantidade de cidades acabou inviabilizando a obtenção da concordância por escrito das Secretarias, visando cumprir com os aspectos éticos do estudo. Contudo, como a proposta de investigação não tinha por objetivo tratar do serviço em si e sim dos saberes mobilizados pelos profissionais para dar conta das atividades nos polos, através dos nomes dos profissionais de EF, disponibilizados no próprio CNES, estes profissionais foram contatados por meio de mecanismos públicos tais como a rede social *Facebook*; grupos de discussão sobre saúde como o Centro Esportivo Virtual⁵³ (CEV); grupos de discussão sobre o Programa Academia da Saúde na rede social *Facebook*⁵⁴ e também através de contatos pessoais obtidos durante a participação, por convite da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, da Oficina de Seleção de Propostas de Academia Similar, realizado em Brasília nos dias 9, 10 e 11 de dezembro de 2013.

5.4.1 Delimitação dos locais e sujeitos do estudo

Conforme descrito no início deste Polo, o acesso ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi a fonte principal utilizada para o mapeamento das regiões do país em que existem profissionais de EF registrados como trabalhadores nas AcadS. Acessando no site do CNES (até 14 de junho de 2013) a guia *relatórios* e em seguida

⁵² Este trabalho foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através da Plataforma Brasil, e teve sua aprovação registrada pelo parecer número: 572.017.

⁵³ Disponível em: <cev.org.br>. Acesso em: Mar. 2014.

⁵⁴ Disponível em: <<https://www.facebook.com/programaacademiadasaude?ref=ts&fref=ts>>. Acesso em: Mar. 2014.

tipos de estabelecimentos, foram selecionados todos os estados, e no campo tipos de estabelecimentos marcada a opção *polo academia da saúde*. Estavam catalogados 555 polos distribuídos em 23⁵⁵ estados. Na última busca, realizada em 14 de março de 2014 este número subiu para 769 polos, também em 23 estados.

Como critério de seleção, a fim de abordar somente as propostas de AcadS implementadas após a Portaria nº 719/GM/MS, evitando assim os estabelecimentos registrados como similares ao AcadS (academia da cidade, academia ao ar livre, academia da terceira idade), refinou-se a busca pelos polos registrados como *polo Academia da Saúde* (94) e *Academia da Saúde* (462), totalizando 556 polos no Brasil. Contudo, durante os primeiros contatos com os profissionais de EF, obteve-se em alguns casos a informação de que o polo, embora registrado com o nome polo Academia da Saúde, ou Academia da Saúde, se tratava de similar. Este fato gerou a necessidade de retomar a busca nos 769 polos, apenas refinando para os polos em que haviam profissionais de EF atuando. Ao acessar as informações dos polos de cada município, foi identificado o registro de trabalhadores das mais diversas áreas de atuação⁵⁶ (administração, nutrição, enfermagem, psicologia, fisioterapia, odontologia, medicina, terapia ocupacional, assistência social, etc.), a maioria deles profissionais de EF, sendo que em alguns casos estavam registrados mais de um profissional por polo. Dos 769 polos, o profissional de EF estava presente em 615. Logo, como ponto de partida foram contatados 23 estados da federação que possuíam profissionais de EF, todos registrados oficialmente nos polos de AcadS com seus respectivos CBO⁵⁷.

Estabelecendo como limite máximo para serem entrevistados um total de 46 profissionais de EF, representou-se inicialmente a possibilidade de limitação dos sujeitos em no máximo dois profissionais por estado, levando em conta questões de acessibilidade e também de representatividade proporcional às regiões do país. A seleção ocorreu de acordo com as respostas recebidas através do questionário on-line (APÊNDICE B) enviado previamente e da confirmação que o polo no qual o profissional trabalhava não se tratava de similar ao AcadS.

No contato inicial foram enviados aproximadamente 1000 e-mails para os 615 polos selecionados. O envio foi feito em três tentativas, uma a cada três semanas para os contatos

⁵⁵ Amazonas, Amapá, Distrito Federal e Rondônia, não tinham polos de AcadS registrados no CNES até 14 de março de 2014.

⁵⁶ A Portaria nº 186/SAS/MS de 14 de março de 2014, ao redefinir o cadastramento do Programa AcadS junto ao CNES, passa a indicar o CBOs dos profissionais que poderão compor o Programa Academia da Saúde. (BRASIL, 2014).

que não deram retorno sobre a possibilidade de participação no estudo. No e-mail (APÊNDICE A) constavam informações sobre a pesquisa e os pesquisadores, bem como um link com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e outro link com um questionário (APÊNDICE B) que fazia parte da primeira das duas etapas virtuais de coleta dos dados, sendo a segunda etapa a realização de entrevistas *online*.

Após os contatos realizados, obteve-se retorno positivo de 20 profissionais e 52 responderam negativamente. Dentro das justificativas para a não aceitação, se destacaram as seguintes: encerramento do contrato de profissionais; inexistência de profissionais trabalhando nos polos, mesmo com o registro no CNES; polos registrados, mas ainda fora de efetivo exercício; indisponibilidade de horário por parte dos profissionais; profissionais de outras áreas e nenhum de EF trabalhando nos polos. Diante destas limitações, um total de 14 profissionais distribuídos em 11 estados e contemplando as cinco regiões do Brasil responderam o questionário concordando em participar da etapa de entrevistas por meio virtual. Cabe ressaltar que mesmo tendo manifestado interesse em participar, não fizeram a entrevista seis profissionais, um deles por alegar não ter disponibilidade de horários e os outros cinco não retornaram mais o contato após serem solicitados a informar sobre as possíveis datas e horários que teriam disponíveis para a realização das entrevistas. A tabela a seguir resume as tentativas e os respectivos retornos, tanto positivos quanto negativos, durante o processo de convite aos profissionais para participação no estudo.

Ilustração 11 – Resumo do contato para seleção de colaboradores

Estado	E-Mails Enviados	Retorno sem Aceite	Retorno com Aceite	Entrevistados
AC	9	0	0	0
AL	15	0	0	0
BA	42	3	0	0
CE	39	2	1	1
ES	21	6	1	1
GO	22	1	0	0
MA	20	1	0	0
MG	75	3	1	1
MS	9	0	0	0
MT	6	1	1	1
PA	31	1	1	0
PB	12	0	0	0
PE	191	11	3	2
PI	25	2	0	0
PR	52	4	4	1
RJ	18	0	0	0
RN	98	3	0	0
RR	3	1	0	0
RS	63	3	2	2
SC	26	2	1	1
SE	75	4	2	1
SP	51	4	2	2
TO	9	0	1	1
TOTAL	912	52	20	14

Desta forma, participaram efetivamente do estudo 14 profissionais de EF, sendo nove mulheres e cinco homens entre 27 e 53 anos. Todos retornaram via *online* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devidamente preenchido e assinado.

5.4.2 Etapas de coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu através de duas etapas virtuais. Na primeira, os profissionais de EF responderam um questionário que além de verificar o interesse em participar do estudo, também continha informações sobre a unidade da federação e o município onde trabalhavam, o ano em que concluíram a graduação e se possuíam alguma pós-graduação. Vasconcelos e Guedes (2007) abordam a crescente utilização da internet para o desenvolvimento de trabalhos científicos em diferentes áreas. Os autores destacam algumas vantagens (baixo custo, rapidez na aplicação, utilização de novos formatos e recursos) e limitações (baixa taxa de respostas, dificuldades em recrutar participantes, tempo adicional para e-mails incorretos) em realizar um questionário eletrônico. Mesmo sabendo das limitações, acreditou-se que esta fosse a melhor ferramenta para atingir a proposta de investigação no cenário nacional. Além disso, no grupo POLIFES foi defendida em 2014 uma dissertação (DESSBESELL, 2014) com proposta metodológica muito similar.

A segunda etapa da coleta consistiu na realização de entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE C), suportadas na pesquisa qualitativa e também vistas nos trabalhos que empregaram a análise de conteúdo como estratégia de análise dos dados, como descrito anteriormente. O roteiro de questões foi elaborado levando-se em consideração a base estrutural encontrada em trabalhos da revisão de literatura e no Trabalho de Conclusão de Curso realizado na graduação (SKOWRONSKI, 2010). Já a base teórica e conceitual foi desenvolvida pensando aspectos amplos da formação e do trabalho dos profissionais, com atenção especial para o que Tardif (2012) classificou como sendo as fontes de saberes (formação profissional e de saberes das disciplinas, curriculares e da experiência), o que possibilitou a construção de questões mais próximas ao objetivo do estudo.

As entrevistas foram feitas e gravadas com o auxílio de ferramentas virtuais como *Facebook*, *Google Drive* e *Skype*. Todas foram transcritas na íntegra, sem que ocorressem prejuízos por falhas técnicas de gravação e posteriormente enviadas aos profissionais para que conferissem e realizassem alterações, se necessário, ao conteúdo e assim autorizassem sua utilização. Nenhum entrevistado propôs mudanças no texto transcrito.

Ainda que a pesquisa qualitativa permita a utilização de outros métodos para colher dados, justifica-se a escolha pelo fato de não ser possível, em função de logística, uma aproximação maior com os sujeitos do estudo, por exemplo, realizando observações nas AcadS das cidades que fizeram parte do desenho metodológico deste estudo.

Quanto ao referencial teórico sobre entrevistas semiestruturadas, de acordo com Gómez (1998, p. 109), sua principal função é “[...] captar as representações e impressões subjetivas, mais ou menos elaboradas dos participantes [...]”. Já para Lüdke e André (2005), a entrevista semiestruturada se aproxima de um diálogo e neste sentido possibilita a coleta imediata da informação desejada, permitindo que sejam realizadas correções, esclarecimentos e alterações nas informações desejadas. De forma complementar, a definição de Triviños (1987, p. 146) apresenta o que foi desenvolvido na prática com as entrevistas, partindo “de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam (interessaram) à pesquisa, e que, em seguida oferecem (ofereceram) amplo campo de interrogativas, fruto de novos questionamentos que vão (foram) surgindo à medida se recebem (receberam) respostas dos informantes”.

Levando em consideração o aspecto estratégico, este método acabou permitindo a participação de profissionais de diversas regiões do Brasil, o que não seria possível se as entrevistas fossem feitas pessoalmente. Portanto, além de reduzir os custos demandados por viagens e o tempo na realização de entrevistas, por exemplo, este procedimento possibilitou encontrar sujeitos que se dispuseram a colaborar com a pesquisa exatamente dentro do perfil traçado desde o projeto de qualificação. Por outro lado, ao não conhecer pessoalmente os polos das AcadS e observar in loco o “trabalho vivo” dos profissionais de EF nesses espaços, é sabido que perde-se a oportunidade de fazer descrições e abordagens mais ricas sobre a singularidade de cada comunidade assistida por polos do programa.

5.4.3 Tratamento dos dados

Como mencionado em etapas anteriores, para a organização e interpretação dos dados oriundos das entrevistas, foi utilizada a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007), com o emprego da técnica de análise de conteúdo temática. Conforme visto em Bardin (2009), o tema compreende uma unidade de significação, uma unidade de registro ou ainda a categorização que vai emergir de um texto analisado.

A análise seguiu os três procedimentos relatados na literatura: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A seguir são apresentadas as características de cada uma das etapas:

Pré-análise: nesta fase foram retomados os principais conceitos (formação em saúde, educação física, atenção básica em saúde, cuidado em saúde, trabalho em saúde, promoção da

saúde) e objetivos descritos na pesquisa, com a possibilidade de manipulá-los em conjunto com os dados colhidos (MINAYO, 2007). Aqui também foi realizada uma “leitura flutuante” (BARDIN, 2009), onde se teve um contato profundo com o material coletado, visando conhecer suas principais passagens e selecionar o que realmente deveria ser analisado. Por fim, caracterizou-se como um momento de organização do material e estruturação das próximas etapas de análise.

Exploração do material: nesta etapa foi analisado o texto com base nas categorias ou temas enunciados anteriormente. Seguindo as orientações descritas por Minayo (2007), aqui ocorreu a busca pelos núcleos de sentido dos relatos e que puderam contribuir para o objetivo que se pretendia alcançar no trabalho.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação: neste espaço foram destacadas todas as informações para o desenvolvimento da análise (BARDIN, 2009). Também foi o momento possível de se trazer o referencial teórico sustentado na pesquisa e verificar se deveriam ser sugeridas outras vertentes teóricas (MINAYO, 2007).

POLO 6: ANÁLISE DOS RESULTADOS

Durante todo o período após a aprovação do trabalho no comitê de ética, ou seja, da busca de possíveis colaboradores até os caminhos percorridos depois das entrevistas realizadas, pode-se conhecer as particularidades de diversos polos de AcadS. Os espaços não se limitaram aos estabelecimentos em que trabalhavam os profissionais entrevistados. Observou-se quase que diariamente em redes sociais abertas ao público em geral, quem eram seus frequentadores, quais atividades realizavam, que tipo de estrutura física dispunham, qual a rotina de trabalho de seus profissionais, entre outras características, muitas vezes particulares, que culminavam na construção da identidade de cada AcadS. Dentre as redes observadas, destacam-se duas em especial: perfil oficial do Programa AcadS no *Facebook*⁵⁸, onde se tem acesso aos profissionais e ao perfil de outras AcadS pelo Brasil; e a Comunidade de Práticas, ferramenta utilizada por gestores e trabalhadores do SUS para compartilhar experiências em diversos serviços de saúde, sendo aqui utilizada especificamente a Comunidade Academia da Saúde⁵⁹.

⁵⁸ Disponível em: <<https://www.facebook.com/programaacademiadasaude?fref=ts>>. Acesso em: Abr., Mai., Jun., 2014.

⁵⁹ Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/comunidades/academia-da-saude>>. Acesso em: Abr., Mai., Jun., 2014.

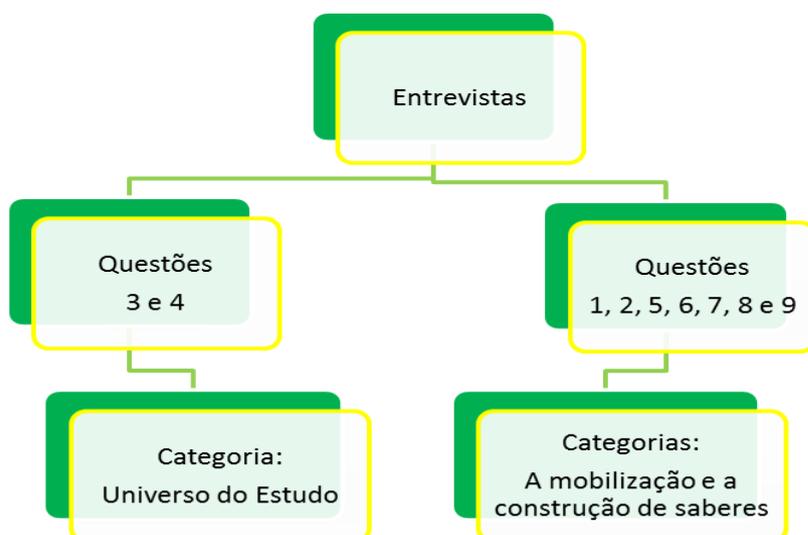
Embora tenha sido uma ferramenta complementar durante o processo de coleta de dados, inclusive tendo emergido após a qualificação do projeto de pesquisa, esta aproximação como o objeto de estudo através das redes sociais desempenhou um papel relevante para a análise e interpretação dos dados, bem como para gerar uma maior apropriação do tema antes da realização das entrevistas.

Ainda que não tivesse como objetivo avaliar, descrever, “rotular” o programa AcadS, a caracterização das academias em que trabalhavam os colaboradores deste estudo foi o ponto de partida para se desenhar as respostas ao problema de pesquisa colocado, ou seja, compreender os saberes mobilizados pelos profissionais de educação física para atuação nos polos de AcadS em um recorte dentro do cenário nacional.

Desta forma, primeiramente serão descritas as particularidades de cada polo onde, no período em que foram realizadas as entrevistas, trabalhavam os profissionais de educação física, para posteriormente apresentar como estes mobilizam e constroem seus conhecimentos visando o trabalho em saúde nas AcadS, levando-se em consideração os diversos aspectos que constituíram suas trajetórias de formação.

Partindo da fonte principal de coleta de dados (entrevistas), as categorias de análise que serão apresentadas a seguir se emolduraram conforme o esquema abaixo:

Ilustração 12 – Estrutura das categorias de análise de acordo com as questões da entrevista



6.1 UNIVERSO DO ESTUDO

Todas as regiões geográficas do Brasil; cidades entre 2,5 milhões e 5,5 mil habitantes; média anual de temperatura entre 25°C e 17°C; Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre 0,84 e 0,51; polos na modalidade básica, intermediária e ampliada; frequência semanal nos polos de AcadS entre 30 e 500 participantes; variedade de atividades/oficinas desenvolvidas nos polos entre duas e 13; carga horária semanal variando entre 4h e 40h dentre todos os polos com trabalhadores entrevistados.

Os dados apresentados não visam comparar os opostos, mostrar aonde é melhor trabalhar em uma AcadS, ou ainda elaborar uma planilha com atividades e carga horária ideal para que uma AcadS funcione adequadamente. O universo dos 14 polos de AcadS onde trabalhavam os entrevistados (e esta será a nomenclatura utilizada nas citações dos relatos, visando preservar a identidade dos participantes) deste trabalho, compreende todos os dados acima descritos e outros que serão abordados a seguir. A ideia dos opostos aqui relatada visa enunciar o emaranhado de situações em que pode se deparar o profissional de EF quando embarca para o trabalho em um polo de AcadS, e, dentro desta concepção, esses encontros e desencontros com as particularidades do local de trabalho também fazem parte da constituição e mobilização dos saberes.

6.1.1 Estrutura física e estrutura de funcionamento dos polos

Conforme expresso no art. 25 da Portaria nº 2.684, o horário de funcionamento dos polos pode ser ajustado conforme o interesse e necessidades da população. Esta recomendação foi seguida por grande parte dos profissionais, conforme observado no relato do entrevistado 2: “então a gente está conseguindo manter o funcionamento da academia de segunda a sexta, de manhã e de tardezinha, que são os horários que a própria comunidade escolheu”. Outro fator determinante da escolha dos horários estava relacionado com a questão climática, como mencionou o entrevistado 4: “é, agora assim no verão a gente procurou tirar aquele horário depois do meio dia...”. Outro profissional inclusive destacou a importância de haver um espaço coberto para a realização das atividades. Ao falar sobre um seminário que reuniu trabalhadores e gestores das academias do seu estado, o entrevistado 1 relatou:

O pessoal tá encontrando maior dificuldade é com uma área coberta, que não tem, não tem área coberta na academia. E pra gente que mora aqui no nordeste, que é muito quente...já pensou...11h, 10h da manhã já não dá mais para você ficar no sol, todo mundo procurando uma sombra. Se você chegar na academia daqui, de 5h da manhã, até mais ou menos, vamos dizer, 7h, 7:30, você encontra gente. De 7h até 16h da tarde, é um ou outro (Entrevistado 1).

Seguindo no tocante aos horários de funcionamento, apenas um polo pareceu não contemplar às 40h semanais previstas em portaria. De acordo com o entrevistado 7 “[...] a intenção é aumentar o número de aulas, nós temos poucas aulas na semana. Nós temos 4 horários por semana só”. Cabe destacar que esse montante de horas não precisa ser necessariamente cumprido com atividades dentro do polo, mas é fator condicionante para o recebimento de verbas de custeio para o local. Por sua vez, são estes recursos que permitem aos profissionais de EF e/ou gestores adquirirem materiais conforme os relatados nas entrevistas: colchonetes, bastões, elásticos, aparelhos de som, bola suíça, bolas de vôlei, futsal, basquete, mesa e acessórios de tênis de mesa, halteres, caneleiras. Ainda nesse sentido, enquanto alguns profissionais de EF relataram estar satisfeitos quanto aos materiais, outros demonstraram dificuldades nesta questão, assim como observado no estudo de Hallal *et al.* (2009, p. 12), que ao realizar um questionário com 12 profissionais nos polos de Aracaju/SE, identificou que “do ponto de vista das dificuldades, destaca-se ‘aquisição/manutenção de materiais’ com um índice de 71,4%. Com relação aos participantes desta dissertação, ambos os casos podem ser vistos nos trechos abaixo:

A nossa academia é uma academia até grande, tem quadra de futsal, de futebol de areia, tem...com basquete, o material de voleibol, tem um parque para as crianças, tem dominó, damas, as mesinhas tudo montadas já...aí tem tudo isso na nossa academia, tá entendendo? (Entrevistado 1).

Mas assim, vem recurso de manutenção né, então a gente adquiriu o que seria necessário para poder trabalhar, como caneleiras, bolas, halteres, colchonetes, aparelho de som, então são todos materiais assim fáceis para a gente trabalhar na questão da prevenção né (Entrevistado 4).

Sim, tem que melhorar por que...é utilizado o meu som na academia. Ficou de ser comprado um som ótimo, para que a gente alcance o pátio todo. Mas eu utilizo o meu som, os meus cds, que eu separo as músicas e levo. Pendrive com músicas, sabe? (Entrevistado 5).

Eu sempre peço material para poder elevar um pouco mais a carga de peso, mas assim, a desculpa é que não tem dinheiro, então eu não vou ficar brigando, eu pego umas garrafas pet e amarro nos aparelhos (Entrevistado 3).

É, a gente apela para o material alternativo. Porque fica naquilo, os aparelhos estão ali, então o profissional vai se virar com aquelas ferragens. Assim que eles pensam. Então para você conseguir recurso material hoje, o profissional de educação física, é muito complicado, falo da minha realidade aqui. Eu não sei a realidade de outros polos, mas aqui tem muita dificuldade, a gente consegue desenvolver o trabalho, o trabalho é legal, mas a gente sente dificuldade de conseguir recurso material (Entrevistado 3).

Este último relato justifica que não é a quantidade ou qualidade dos materiais disponíveis que tornarão o trabalho do profissional de melhor ou pior qualidade em determinada comunidade. Contudo, em relação aos objetivos deste estudo, entende-se que o acesso ou não à estes recursos poderá intervir na maneira com a qual o profissional acessa ou produz e posteriormente mobiliza os saberes para o exercício de suas funções.

Voltando agora o olhar para o local e a estrutura física dos polos, o estudo conseguiu contemplar as três modalidades previstas na Portaria nº 2.684/GM/MS (2013b), sendo que sete polos eram da modalidade ampliada, dois da intermediária, três da básica e dois participantes não souberam responder sobre o tipo da modalidade. O local de realização destas obras demonstrou ser um fator que propicia oportunidades distintas de vivências e conseqüentemente de apropriação dos espaços pela população. A proximidade das AcadS com áreas arborizadas ou até mesmo dentro de terrenos públicos que permitam a exploração de outras estruturas ali presentes, além de elevar a quantidade de pessoas que frequentam as atividades do polo, potencializa as ações de promoção da saúde para aspectos que transcendem a esfera de alguma prática em si. Em pelo menos três polos este tipo de benefício foi comentado pelos entrevistados, como é possível perceber nos seguintes trechos:

Então ali a academia ao ar livre, você está contemplando toda aquela paisagem, todas aquelas árvores, paisagem, os passarinhos, é um lugar lindo. Foi construído assim especialmente para isso mesmo (Entrevistado 5).

A pista de caminhada tem 500 metros. É grande, a nossa academia aqui é uma das maiores. Aí do lado tem a quadra de futsal, do lado a quadra de futebol de areia, em cima tem um espaço bem grande que é a área de dança, com vários aparelhos, aí tem a casinha, aí tem aquele monte de espaço das crianças, onde fica o parquinho. E muita árvore, é bem organizado assim (Entrevistado 1).

6.1.2 Usuários atendidos

Não há limite, nem mínimo, nem máximo de idade para participar das atividades da AcadS, exatamente de acordo com o princípio da universalidade do acesso. Contudo, destaca-se um caso especial em que, mesmo tendo conhecimento da possibilidade de abrangência do Programa AcadS, o profissional relata a exclusividade do atendimento para os idosos: “É...vou falar até que a gente não cumpriu o que o projeto determinava, mas assim, a gente estava percebendo que os idosos precisavam de um espaço para eles” (Entrevistado 3). Sem o conhecimento mais amplo sobre o contexto em que o profissional realizava seu trabalho, presumia-se que poderia estar diante de uma atuação conflitante com os pressupostos do Programa, até que o entrevistado revelou a existência de dois mil idosos para uma população de aproximadamente 20 mil habitantes, sendo que o Programa AcadS estaria acolhendo cerca de 400 idosos.

Na maioria dos polos o público majoritário é composto de mulheres acima de 40 anos, no entanto, observa-se também a inserção de outras faixas etárias nos grupos, com destaque para o trabalho específico com crianças em alguns polos, conforme informaram os entrevistados 1, 2 e 4. O entrevistado 2 relata inclusive que enquanto grupos de pais/mães estão realizando uma atividade específica, concomitantemente seus filhos estão na intervenção com a turma das crianças.

As atividades eles pedem que seja com idosos, com crianças, com adolescentes... jovens, adultos, crianças. É... a gente monta os grupos de acordo com as atividades, tem as parcerias que no nosso caso é com a Igreja. Aí tem, com criança né? A prática de futsal (Entrevistado 1).

Também a oficina de recreação infantil, que é uma ideia que a gente teve, de 1h30min o pai ou o responsável pudesse levar o filho, numa idade infantil ali de 4 até 7 anos e puder participar com essa oficina de recreação com a pedagoga, que é da unidade de saúde também, enquanto o pai pudesse fazer as atividades ao ar livre né (Entrevistado 2).

Assim ó, o programa da academia da Saúde, procura atender todas as faixas etárias, a gente tem desde atividades com crianças, que seriam as oficinas de dança e expressão corporal principalmente, e a gente tem também os idosos outras idades, um trabalho assim que visa atender todas as faixas etárias (Entrevistado 4).

Mais é terceira idade, então junta tudo, pessoas de 20, 30, 40 até 80 anos (Entrevistado 5).

[...] para a população carente mesmo, para idosos, mulheres. 80% são mulheres acima de 45 anos, mas eu não restrinjo sabe, eu tenho homens, adolescentes nesse grupo sabe, eu tenho uma população mais jovem (Entrevistado 6).

Em um estudo realizado com 191 mulheres na cidade de Aracaju/SE, Costa, J.O. *et al.* (2012, p. 94) também encontraram números parecidos quanto a faixa etária feminina nos polos de Academia da Cidade. Segundo os autores, “a distribuição etária concentrou-se entre 45 e 59 anos (73%)”. O mesmo trabalho trouxe ainda informações sobre a renda familiar, que para 67% da população era menor que três salários mínimos. Nesta dissertação, em apenas duas situações os profissionais mencionaram o perfil socioeconômico da comunidade atendida. Primeiro quando o entrevistado 6 menciona lidar com “população carente” e, segundo na seguinte citação do entrevistado 8: “na sexta o pessoal vai para festa, bar...é por que o local da gente é um público classe média, média alta, algumas pessoas das comunidades ali próximas, mas como fica em um bairro nobre, então é mais esse público”.

Com base nos relatos apresentados, o profissional poderá ter contato com distintas realidades sociais, culturais, diferentes faixas etárias, gêneros, o que consequentemente irá delinear a “caixa de ferramentas” com a qual seu trabalho mobilizará recursos para se manter atualizado, visando atender especialmente as questões de equidade no atendimento aos usuários.

6.1.3 Atividades desenvolvidas

Futsal, voleibol, basquete, futebol de areia, dominó, damas, tênis de mesa, ginástica localizada, ginástica funcional, ioga, capoeira, Pilates, caminhada, corrida, alongamento, relaxamento, musculação, recreação infantil, atividades na escola, dança, expressão corporal, oficina terapêutica, oficina de maquiagem, oficina de culinária, oficina de linhas, oficina de artesanato, pintura em tecido, palestras sobre alimentação saudável, diabetes e hipertensão, rodas de conversa, aula de zumba⁶⁰, *liang gong*⁶¹, curso de *shantala*⁶², práticas na natureza, avaliação física (teste de VO₂, IMC, massa magra, percentual de gordura, relação cintura quadril), avaliação de glicemia, avaliação de pressão arterial. Estas são todas as atividades relatadas pelos profissionais de EF dentro dos polos estudados, sendo que, como informado

⁶⁰ Aula normalmente realizadas em academias de ginástica e musculação, que envolve a mistura entre dança e ginástica.

⁶¹ Ginástica terapêutica chinesa.

⁶² Massagem milenar indiana para bebês.

no início deste Polo (capítulo), em alguns locais são desenvolvidas no máximo duas atividades, podendo em outros chegar a 13.

Mais importante do que a quantidade de ações efetivadas em um polo, está o objetivo almejado durante o planejamento e execução das mesmas, especialmente quando o profissional atua visando a promoção da saúde. Conforme FRAGA *et al.* (2013, p. 109):

as atividades deverão ser pautadas nas necessidades de saúde da população, nos processos de trabalho estabelecidos entre os profissionais da Atenção Básica, nas competências dos profissionais do NASF participantes das ações, na participação popular, bem como em experiências já existentes e disponibilidade de parceiros no território.

Alguns profissionais de EF, especialmente nos polos em que há um menor número de atividades desenvolvidas, trabalham sozinhos na condução das intervenções, ou até mesmo sem explorar a competência de outros trabalhadores do NASF. Por outro lado, isso não significa dizer que suas iniciativas estejam distantes das necessidades e interesses da comunidade onde atua, mas sem dúvida acabam por limitar as possibilidades de potencializar ações de cuidado e promoção da saúde. Nos trechos abaixo ficam claros dois modos de atuação e gestão das atividades conectadas a esta ideia

Então eu comecei com alongamento, simples, aí comecei a levar música, materiais diferentes e acabou mais para o final do ano já passava umas atividades aeróbicas, corridas, então o perfil virou mais para uma ginástica né (Entrevistado 7).

Nós temos assim, além das oficinas, essas terapêuticas que ocorrem algumas dentro do polo, nós temos também as aulas, de ginástica, de step, aula de ginástica localizada, aula de dança, para exercício físico mesmo, queima calórica e a gente tem também a questão das palestras de saúde (Entrevistado 4).

As agentes estão sempre em conjunto com o posto e com a comunidade, então o posto tem as agentes de saúde que organizam o pessoal, então o pessoal vai lá, verifica a pressão, conversa, tem aquele convívio social e, além disso, a gente faz essas palestras né, sobre doenças, alimentação saudável, sobre várias coisas. A gente leva determinados palestrantes, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, para dar palestras e trabalhar com o pessoal (Entrevistado 4).

Em pelo menos oito dos polos, os profissionais trabalham em equipe, compartilhando o protagonismo das ações de maneira multiprofissional e ainda com membros e/ou usuários da própria comunidade. Nestes casos, fica clara a intencionalidade do profissional de EF junto

ao serviço, ou seja, não é simplesmente um “tarefeiro” (FERREIRA, 2013, p. 71), ou encarregado de levar a atividade física e as práticas corporais como sua única bandeira em prol da saúde dos seus ‘orientados’, sendo assim, parece ter um perfil de atuação com vistas às necessidades de saúde da população, como indicado por Cavalheiro e Guimarães (2011). No entanto, da mesma forma que Brugnerotto e Simões (2009) identificaram em seu estudo, também é possível verificar nos relatos dos entrevistados as intervenções centradas na melhora de algumas valências biológicas. De certa forma, trabalhando com o viés quantificável da saúde dos sujeitos, conforme a afirmação abaixo:

Lá é feito aula de ginástica, localizada, aula de ginástica aeróbica, a gente faz acompanhamento da pressão arterial, faz teste de VO₂, pra ver a questão do desempenho das pessoas, pra ver se elas estão com condicionamento físico, e com a avaliação física que também é feita a gente saber se estão perdendo peso, percentual de gordura, massa magra, IMC, a relação cintura quadril, então é uma avaliação completa que a gente realiza nos polos (Entrevistado 10).

A parte do educador físico nada mais é do que atividade física voltada para alongamento, fortalecimento muscular, um pouco de aeróbico para a população (Entrevistado 6).

Cabe destacar que esta forma de intervenção não pode ser classificada como negativa por ter uma ênfase mais biológica. O importante é que o profissional, atuando em um viés mais ou menos biológico, procure estar conectado com a ideia de um atendimento usuário-centrado, em que além dos aspectos biológicos também são levados em consideração interesses e necessidades de outras ordens, resultando em um trabalho voltado para o cuidado integral dos usuários.

Pelo que foi relatado nas entrevistas, entende-se que não há um modo padronizado ou predominante no emprego das atividades por parte dos profissionais de EF. Porém, os exercícios físicos, classificados por González e Fraga (2012, p. 49) como “práticas corporais para melhorar o rendimento ou manter a condição física”, são utilizados em todos os polos. Ao tratar das atividades familiares da área e possíveis de serem utilizadas para a complementação dos exercícios físicos nas AcadS, Fraga *et al.* (2013, p. 123-125) elenca ainda o esporte, o jogo motor, as práticas corporais introspectivas, as práticas corporais junto à natureza, as lutas, acrobacias e ainda as práticas corporais expressivas.

São inúmeras as possibilidades de intervenção através da prática e que podem ser ampliadas com a experiência trazida pelos próprios frequentadores da AcadS. Portanto, mais do que propor uma prática em si e por vezes isolada, é necessário que o profissional

estabeleça um diálogo sobre os interesses, as vivências anteriores e os objetivos, tanto individuais quanto coletivos dos usuários, que poderão ser atingidos com atividades construídas nas relações profissional-usuário, usuário-usuário, usuário-profissional.

6.1.4 Os profissionais

Para fim de apresentação, são descritos os profissionais, já visando uma aproximação com as categorias de análise a respeito dos objetivos da dissertação. A heterogeneidade dos colaboradores deste estudo foi um fator que contribuiu de maneira substancial para possibilitar a ampliação, tanto em quantidade como em qualidade, das abordagens e compreensões sobre os saberes mobilizados pelos profissionais de EF nos polos de AcadS. Por mais que o pesquisador se esmere em observar uma diversidade de fatores visando conferir rigor ao estudo, na maioria das vezes o caminho trilhado não é aquele imaginado quando da elaboração do projeto, especialmente quando se depende do consentimento de um grupo de pessoas com as quais não se tem vínculo. E talvez aí resida a potência deste tipo de trabalho, pois podemos nos deparar com cenários muito interessantes, como foi o caso do grupo de colaboradores reunidos para dar conta desta pesquisa: 14 profissionais de 11 estados distribuídos nas cinco regiões do país com características muito diversas.

Foram nove mulheres e cinco homens entre 27 e 53 anos graduados em EF entre 2002 e 2013. Pelo menos dez possuíam especialização em diferentes áreas como: gerontologia, educação física escolar, gestão em saúde pública, gestão de negócios, gestão escolar, educação infantil, psicomotricidade, educação, atividade física para grupos especiais e fisiologia do exercício.

Quanto ao tempo de serviço no polo de AcadS, seis profissionais atuavam há mais de um ano, dois entre seis meses e um ano e outros seis possuíam tempo de atuação variando de três até seis meses.

Ficaram evidentes em alguns trechos das entrevistas as diferenças no emprego de conceitos que perpassam o campo da saúde na atenção básica e também os diferentes tipos de intervenções entre profissionais que já dispunham de uma vivência anterior em serviços de saúde, articulados com as secretarias municipais, e profissionais recém-inseridos no sistema.

Eu nunca tinha atuado na área de educação física. Há cinco anos já formada, essa é minha segunda experiência, na academia da saúde e a primeira foi com o projeto piloto de atividade física no SUS, porque eu trabalho há sete anos já com o SUS né? É, na verdade há sete anos eu entrei como concursada aqui no município e desde então eu sempre trabalhei diretamente junto com a coordenadoria de atenção em saúde (Entrevistado 2).

Os diferentes períodos de experiência em serviços de saúde dentre os colaboradores do estudo constituíram-se como aspecto positivo, tendo em vista a possibilidade de tecer considerações sobre como se sentem, como articulam os saberes e quais as carências elucidadas pelos profissionais desses dois lados, com maior e menor tempo de serviço, que consequentemente ajudaram a traçar um perfil rasurável de atuação e de necessidades de saberes para os trabalhadores das AcadS.

6.2 A MOBILIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DE SABERES

Após uma descrição geral sobre a estrutura dos locais, os usuários atendidos, as atividades desenvolvidas e os próprios entrevistados, teceu-se a análise principal dos dados coletados. O texto segue estruturado em cinco categorias que foram formuladas por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). São elas: “saberes acadêmicos e a formação em serviço”; “processos de formação continuada”; “aprendizagem permanente em serviço”; “mobilizando saberes com tutores em serviço” e “tutores e trocas multiprofissionais”.

Aqui também retomou-se a caracterização abordada no início da dissertação sobre saberes experienciais, disciplinares, da formação profissional, com base em Tardif (2012), para descrever e compreender os saberes que são mobilizados pelos profissionais de EF quando atuam em polos de AcadS. São abordados os conhecimentos, competências, habilidades e as atitudes, que na visão de Tardif (2000) compõem o sentido ampliado de saberes, objetivando apresentar como os profissionais entrevistados articulam o “saber-fazer” (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008) em um serviço de AB no campo da saúde. Além disso, busca-se fazer relações da mobilização de saberes com a promoção da saúde, o cuidado, a integralidade e o trabalho multidisciplinar, conceitos apresentados no referencial teórico e que se mostram relevantes para o atendimento das demandas de saúde em sua perspectiva ampliada.

As categorias de análise foram criadas após a análise das entrevistas com base nos relatos que mais se repetiram quanto ao processo de mobilização de saberes. Para facilitar a compreensão do texto, bem como explicitar uma ordem cronológica referente à mobilização e construção de saberes, inicialmente são apresentados os saberes configurados antes do ingresso dos profissionais nos polos de AcadS e em seguida os conhecimentos, competências, habilidades e atitudes referentes ao que foi produzido pelos colaboradores após o ingresso destes nos polos.

6.2.1 Saberes acadêmicos e a formação em serviço

Embora os conhecimentos acadêmicos não estejam restritos apenas ao que se aprende nas disciplinas da grade curricular, englobando também a relação de troca com os pares, as vivências dentro e fora do ambiente institucional de ensino, apresenta-se algumas disciplinas que os profissionais entrevistados relataram ter cursado na graduação. Na visão deles, estas acabaram gerando saberes e conseqüentemente contribuíram no trabalho que hoje é desenvolvido dentro das AcadS. São elas: anatomia, biomecânica, primeiros socorros, ginásticas, esportes, avaliação física, cinesiologia, antropometria, medidas e avaliação, atividade física para grupos especiais, dança e promoção da saúde.

Nos relatos dos colaboradores entrevistados ficou evidente a ausência de disciplinas que abordassem conteúdos referentes ao SUS, saúde coletiva e saúde pública no percurso curricular de todos eles na graduação. As passagens a seguir justificam esta afirmação

Na área de saúde pública eu não tive nenhuma disciplina. A mais próxima que eu cursei, eu acho que era nutrição, tinha outro nome na época, faz muito tempo já (Entrevistado 2).

Assim, se for da vista de... fisiologia, essa parte assim, o próprio treinamento desportivo, contribuiu, se for para essa área mais técnica. Mas para uma área mais SUS, atenção básica, saúde coletiva, saúde pública, nenhuma. Tive alguma coisa próxima, mas foi uma disciplina no final que era optativa, que era Atividade Física e saúde (Entrevistado 8).

Em SUS específico não tive, ai eu tive que buscar mesmo na Secretaria de Saúde, como eu to inserido lá, lá tem lugares que eu procuro saber dessa parte de SUS, porque lá tem alguns livros que falam essa parte de SUS, ai eu pego e leio, e levo alguma coisa para os nossos professores (Entrevistado 9).

Este fato vai ao encontro dos achados anteriores (PINHO, 2011; PASQUIM, 2010) que demonstram a escassez de disciplinas sobre saúde coletiva dentro dos cursos de graduação em EF. Embora pudesse haver disciplinas eletivas oferecidas nos cursos de graduação, nas quais os profissionais entrevistados por um motivo ou outro não participaram, cabe destacar que esta ausência de conteúdos repercutiu na mobilização de saberes para o trabalho nos polos de AcadS. Como relata o entrevistado 9 logo acima, houve a necessidade de buscar novos conhecimentos sobre o SUS na Secretaria de Saúde do município.

Por outro lado, apenas um dos 14 entrevistados comentou ter passado por pelo menos uma disciplina que abordasse a temática SUS.

Lá na universidade que eu me formei tem uma que é “saúde...” agora não lembro o nome da disciplina, é uma que tu trabalha a questão de...a saúde comunitária né. Tu acaba conhecendo e vinculando esse conteúdo todo com as ações dentro da comunidade, e aí tu acaba conhecendo essa questão do SUS, essa questão do lado da saúde mesmo, saúde pública, que é o que depois eu acabei entrando (Entrevistado 4).

Embora a ausência de disciplinas sobre o SUS em geral pareça ser dominante, cabe destacar que estão ocorrendo mudanças em alguns currículos da graduação no cenário nacional, provavelmente provocadas pela crescente inserção do profissional de EF no campo da saúde pública. Um exemplo é a Escola de Educação Física da UFRGS, que iniciou em 2010 o processo de reestruturação curricular dos cursos de bacharelado e licenciatura, implantando o novo currículo a partir de 2012 e que passou a contar com disciplinas como “organização do sistema de saúde no Brasil”, “educação e promoção da saúde”, “práticas corporais na rede de atenção básica em saúde” e também “bases das práticas corporais e saúde” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2012), na qual tive oportunidade de fazer o estágio docente do mestrado e verificar a existência de conteúdos ligados aos serviços de saúde na atenção básica. Outro exemplo relevante é encontrado na Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, onde desde 2006 funciona o curso de Bacharelado em Educação Física – Modalidade Saúde. O curso é desenvolvido em quatro eixos, o ser humano em sua dimensão biológica; o ser humano e sua inserção social; trabalho em saúde e aproximação à prática específica de Educação Física, objetivando “a formação de um profissional que esteja habilitado às demandas do universo do sistema de saúde” (FERREIRA *et al.*, 2013, p. 646).

Mais do que analisar a presença ou não de disciplinas sobre SUS, atenção básica, promoção da saúde ou saúde coletiva nos cursos de graduação, o destaque desta categoria de

análise está na relação que os entrevistados estabelecem entre os conteúdos aprendidos na graduação e o trabalho. Neste sentido, Ceccim e Armani (2001) destacam que a educação em serviço pretende aperfeiçoar o profissional através da experiência prática entre usuários e a equipe de trabalho, como, por exemplo, observado nas residências multiprofissionais em saúde.

Alguns profissionais apenas citaram as disciplinas que julgaram importantes e outros além de citar, procuraram fazer a correlação delas com o serviço:

Como eu te falei, a Universidade prepara muito pouco para essa experiência, para trabalhar na saúde, mas têm algumas disciplinas que te orientam, avaliação física, a questão da nutrição aplicada à atividade física, tem algumas coisas que te orientam para trabalhar (Entrevistado 3).

Eu fiz as três ginásticas, a 1, a 2 e a 3, cada uma era um tipo de ginástica, dentro delas a gente aprendeu bastante sobre alongamento, essa questão dos exercícios localizados também que é o que eu trabalho com eles ali, de forma funcional. Da própria graduação, da disciplina que a gente cursou lá traz uma base, como que vai montar uma aula, um programa para uma aula, baseado no número de repetições, não tem carga, a gente não usa carga, é o próprio peso do corpo, mas a gente traz essa base daquela disciplina que tu lembra né... olha, tem que montar assim, assim, tem que respeitar os ritmos, pois são pessoas diferentes, então a gente acaba trazendo... a disciplina de medidas e avaliação também ajuda a gente a trabalhar ali com a questão do peso, da altura, do IMC (Entrevistado 2).

Especialmente no relato do entrevistado 2 é possível estabelecer uma ligação com o que Coutinho (2011, p. 106) classificou como “competências relacionadas à dimensão dos conhecimentos”. Em uma das classificações, o autor relata que os profissionais investigados em seu estudo elencaram como importante os “conhecimentos sobre conteúdos biológicos, biomecânicos, psicomotores e dos princípios do treinamento desportivo”. Embora os conhecimentos mais técnicos sejam indispensáveis, e também se reconheça os benefícios dos conteúdos relacionados anteriormente para a saúde dos indivíduos, o complemento desta “formação profissional” (TARDIF, 2012) parece ser um fator relevante para a constituição de parte dos saberes que acabam direcionando o atendimento do profissional para o cuidado dos usuários nas AcadS. Nesta direção, Coutinho (2011, p. 107) também apresenta outra competência, que sugere ao profissional compreender “o movimento humano para além da perspectiva biomecânica, do foco restrito ao desenvolvimento das capacidades físicas e no gasto calórico”. O aprendizado deste tipo de saber, no caso deste estudo, pode ser alcançado pela formação em serviço, fato observado em pelo menos cinco dos profissionais entrevistados, dentre os quais destaca-se o seguinte trecho:

Eu, como te disse antes, a minha graduação foi muito assim, eu tinha teoria e já logo conseguia colocar em prática, trabalhar na área. Então eu vou te dizer assim, eu tive uma escola muito maravilhosa, porque tanto quando eu estava aprendendo na teoria já conseguia colocar na prática. E isso foi se mesclando, foi se misturando, então eu posso dizer assim, que é muita coisa de teoria mesmo, questão de buscar hoje em dia, a gente está sempre informado, atualizado, fazendo cursos, e também a questão da faculdade em si que trouxe bastante coisa, professores que foram bons que eu tive, e também a prática né, tu acaba vivenciando isso no dia a dia, vendo isso todo dia, acaba, como se fosse um experimento né e acaba comprovando que realmente acontece (Entrevistado 4).

Ficaram evidentes e bem articuladas as relações entre teoria e prática, sendo que, diferentemente de alguns profissionais que apenas elencaram algumas disciplinas, sem estabelecer conexões com o campo de atuação, este entrevistado foi além e colocou um elemento novo no processo de constituição dos saberes, a formação em serviço. Tal como enfatizam Silva e Oliveira (2013), a possibilidade do aperfeiçoamento através do serviço, ou do “trabalho vivo”, como abordado por Merhy (2002), torna-se um mecanismo indispensável para, além de aproximar os profissionais de EF aos serviços do SUS (aqui no caso polos da AcadS), fazer com que os mesmos estejam minimamente preparados ao se depararem com diferentes realidades de trabalho no território. Chiesa (2011, p. 37) ainda acrescenta que “na formação inicial dos profissionais de saúde, as discussões em sala de aula sobre os condicionantes do processo saúde-doença podem ser mais bem compreendidas após a vivência de estudantes em territórios vinculados aos serviços públicos de saúde”.

No caso deste estudo, as vivências prévias ao ingresso no AcadS servem como um “polo básico de saberes” aos profissionais que por ventura se deparam com este tipo de serviço, assim como observado com o seguinte entrevistado:

E aí veio o concurso da prefeitura, que foi meio do nada assim, uma amiga minha insistiu para eu fazer, na verdade eu nem sabia do que se tratava direito, mínima noção de Academia. Aí eu passei e dentro mesmo da Academia que eu fui conhecer todo o projeto, como que funcionava, qual que era o público e aí a coisa é completamente diferente de qualquer coisa que você já tenha trabalhado (Entrevistado 11).

Embora este resultado possa ser reflexo de um programa ainda em implantação, não se exclui a relevância da formação em serviço no conjunto de ferramentas que visam “encorpar” os saberes profissionais para atuação nos polos de AcadS. Aqui destaca-se a existência de programas voltados a este propósito e já abordados anteriormente, como o PRÓ-SAÚDE II e o PET-SAÚDE, que através de atividades de ensino e extensão visavam ampliar os conhecimentos dos graduandos com relação ao trabalho em serviços do SUS. A mesma

finalidade é encontrada no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que convida estudantes da área da saúde para fazerem uma imersão que pode durar de sete a quinze dias, a fim de conhecerem na teoria e na prática o SUS.

A lembrança de conteúdos mais centralizados no cunho biológico/(sanitário) e técnico, como anatomia, fisiologia, controle de frequência cardíaca e pressão arterial, periodização do treinamento, cinesiologia, pareceu ser o “carro chefe” dos saberes (da graduação) mais mobilizados por parte dos profissionais com inserção recente nas AcadS e de uma forma geral sem experiência anterior em serviços de saúde dentro da atenção básica. Isso se refletiu na prática, com atividades centradas na melhora cardiovascular, diminuição de medidas corporais, redução da pressão arterial, triglicerídeos, glicose e relação da saúde com o estado de bem estar físico dos usuários.

Nós utilizamos a academia na sequência de exercícios como uma academia de musculação mesmo, para iniciantes nós usamos as três séries de 15 repetições e nós utilizamos para os alunos mais avançados, tiras de borracha. Colocamos na cadeira extensora para ficar mais pesado, e naquele outro aparelho que trabalha tríceps, ombro nós também colocamos, no próprio simulador de caminhada nós colocamos só do lado direito, ai trabalha posterior de coxa, com perna individual. Nós utilizamos também materiais auxiliares, colchonetes, caneleiras, halteres, garrafas pet com areia, Thera Band. Cada aula é diferente, começamos com aquecimento, ai nós colocamos eles em aparelhos, às vezes montamos circuito, faz um aparelho da academia, faz um aparelho solo, às vezes dois aparelhos e um solo e vice versa, vai trocando, como uma academia de musculação mesmo né (Entrevistado 7).

A parte de saúde, onde a gente pega essa parte toda de VO₂, avaliação física, antropometria, aferir pressão, a gente vê nessas matérias. São as mais importantes (Entrevistado 9).

A gente monta o plano de treino pra eles e vai fazendo aos poucos. Nós vamos progredindo conforme o desenvolvimento de cada um nas aulas. Tem o dia e a hora que cada grupo faz. Ai por exemplo, os hipertensos, em que a maioria são idosos, segundas quartas e sextas. O grupo dos diabéticos terças e quintas (Entrevistado 10).

Em sua dissertação de mestrado sobre o trabalho dos profissionais de EF em relação à integralidade do cuidado nas intervenções em algumas AcadC, Silveira (2012) identificou que estes desenvolviam suas ações com base no modelo tecnicista e sanitarista, voltados para a lógica biomédica, valorizando a prática de atividades físicas em grupos especiais (idosos, obesos, hipertensos, diabéticos), centrados no núcleo profissional e com dificuldades de articulação do trabalho em rede. O discurso e as atividades presentes nas entrevistas de Silveira (2012), também parecem destoar do conceito ampliado de saúde, pois não são

identificados elementos que caracterizem uma atuação profissional no sentido da promoção da saúde relacionada aos diferentes determinantes sociais. Contudo, não se pretende com isso negar a necessidade e relevância de haver conteúdos técnicos e abordagens biológicas durante a formação, é sabido pelos profissionais de EF o peso do domínio destes saberes. Porém, para o trabalho nas AcadS, levando em consideração preliminarmente a questão da integralidade no atendimento aos usuários, torna-se razoável saber que a alçada do profissional de EF transborda/rasura a composição de saberes biológicos e muitas vezes dos saberes do próprio núcleo da EF, requisitando a partir daí a mobilização conjunta de saberes multi e entreprofissionais (HENZ *et al.*, 2013).

Justifica-se com isso o papel relevante da formação em serviço para evitar que a proposta de trabalho com o usuário da AcadS seja similar a de um “cliente” de uma academia privada, como pode ser observado no relato do entrevistado 7, ou que porventura adote características da intervenção escolar, por exemplo, com enfoque em saberes conceituais e técnicos sobre determinada modalidade esportiva. Este entendimento segue na linha de estudos de Anjos e Duarte (2009, p. 1127), que afirmam a necessidade do profissional de EF incorporado nos serviços de saúde “ter sua formação repensada, uma vez que suas atribuições são diferentes de sua formação tradicional”. Ao ter contato com situações não exploradas dentro da sala de aula na graduação, ou fazendo a junção dos conteúdos vistos com as particularidades encontradas em serviço, viabiliza-se a construção de saberes, habilidades, a formação da identidade, permitindo com que o profissional tenha um reconhecimento de “si mesmo” (BATTAGLION, 2003, p. 88), buscando assim atuar no campo da saúde de modo a produzir intervenções que não sejam centradas unicamente na melhoria dos indicadores orgânicos e do bem estar físico. Dessa forma, estará contemplando o que sugere o Caderno de Atenção Básica nº 27, no que se refere às responsabilidades do profissional de EF para o NASF, mas que também se enquadram no contexto do trabalho nas AcadS: “recomenda-se que o profissional de Educação Física favoreça em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presentes localmente e as que são difundidas nacionalmente” (BRASIL, 2010, p. 126).

6.2.1.1 Processos de formação continuada

Talvez seja difícil afirmar quando um profissional esteja pronto para atuar, de forma que contemple com maestria todas as demandas provenientes do serviço para o qual foi

designado. Nas AcadS não é diferente, pois o território modifica seus interesses e necessidades com o tempo. Por mais especialista que alguém seja, estará constantemente em processo de atualização e capacitação para o trabalho. Neste trabalho, estas mudanças foram provocadas nos profissionais de duas maneiras, através de cursos de pós-graduação e de encontros profissionais, os quais podem ser classificados como mecanismos de formação continuada, que como visto em Santos (1998, p. 124), são “todas as formas deliberadas e organizadas de aperfeiçoamento profissional do docente, seja através de palestras, seminários, cursos, oficinas ou outras propostas”.

A ideia central desta seção visa apresentar a busca de saberes realizada pelos profissionais de EF após o ingresso nos polos de AcadS, seja pelas demandas do serviço ou como mecanismos para a atualização na formação. Essa busca pode ter ocorrido pelo fato de os profissionais não terem amparo suficiente de gestores municipais ou de tutores em serviço que pudessem orientá-los na estruturação e desenvolvimento das atividades no polo. No entanto, isto não pode ser visto como um problema organizacional do Programa em si, uma vez que o mesmo havia sido recentemente inserido em alguns municípios, além disso, até mesmo as portarias do AcadS sofreram reformulações durante o processo de realização da pesquisa. Tais circunstâncias despertaram nos profissionais a necessidade de buscar conhecimentos inerentes às demandas levantadas em cada comunidade.

Pelo menos dois entrevistados relataram a participação em um curso de extensão em promoção da saúde voltado especificamente ao Programa AcadS

Então, agora que eu comecei a correr atrás de buscar. Eu to fazendo especialização pelo Ministério, que é promoção da saúde né, com ênfase em Academia da Saúde, é bem legal, começou agora, é a segunda semana do curso recém (Entrevistado 2).

Ai assim, o secretário me chamou e eu aceitei, comecei a estudar e fiz um curso do próprio Ministério, de extensão (Entrevistado 12).

O curso foi realizado na modalidade de educação à distância através de uma parceria entre a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e o Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília (CEAD/UnB). Poderiam participar profissionais de nível superior, efetivos ou temporários das Secretarias Municipais que atuassem na gestão, coordenação, apoio técnico e/ou no desenvolvimento direto das atividades do Programa AcadS e também das Secretarias Estaduais que estivessem atuando na supervisão e/ou apoio técnico do Programa. (BRASIL, 2013c). Analisando o edital de seleção dos alunos para o curso,

observou-se que o objetivo era “desenvolver competências conceituais, políticas e técnicas que visem à análise dos modos de produção de saúde e a ampliação das estratégias intersetoriais e participativas de gestão em saúde com foco no planejamento de ações de Promoção da Saúde no âmbito do Programa Academia da Saúde” (BRASIL, 2013c, p. 01).

Como guia norteador para as atividades do curso, os alunos receberam um livro dividido em três módulos, o mesmo descrito na seção 4.2 para apresentar alguns saberes e conhecimentos que atravessam o trabalho profissional nas AcadS. O material aborda aspectos históricos do tema promoção da saúde, além de temas voltados à promoção da saúde como políticas públicas (PNAB) e fundamentos que viabilizam na prática a promoção da saúde (FRAGA *et al.*, 2013). Por se tratar de um curso com duração de aproximadamente quatro meses, entende-se que possivelmente não contemple muitas situações que poderão ocorrer em serviço, mas parece ser uma excelente ferramenta de formação para que os profissionais sejam instigados a movimentar e até mesmo construir os saberes que darão base para a engrenagem do polo. O entrevistado 2, por exemplo, comentou sobre o conteúdo de um fórum virtual realizado na primeira semana do curso:

Debatem as questões sobre saúde pública, que são bem importantes, no geral mesmo, que é a parte inicial, mais para o final dos módulos que vai ser específico na área de academia da saúde. Agora é na área de saúde pública no geral (Entrevistado 2).

A construção de saberes neste caso, além de proveniente e direcionada pelo material teórico do curso, foi potencializada pelo debate durante o fórum entre os alunos. Como estratégia de aprendizado, o curso visava a produção e o compartilhamento de saberes partindo do conhecimento macro, com a abordagem de conteúdos próximos ao campo da saúde pública, para o micro, onde seria feita à apresentação do Programa AcadS. Talvez pelo fato de estarem nas semanais iniciais, os dois entrevistados que estavam participando, não relataram maiores detalhes sobre conteúdos aprendidos ou trocas de saberes constituídas até aquele momento do curso.

A busca pela formação continuada nas questões sobre a temática da saúde também foi realizada através de outras fontes de aprendizado, não diretamente relacionadas com o Programa AcadS. De forma clara, o entrevistado 5 mostra que sua rede de saberes se forma/constrói na presença em eventos até mesmo fora do seu estado, ficando implícita a participação não só em congressos de EF, mas também em eventos de outras áreas

No estado, no município, congresso de educação física, tudo o que você participa, todo ano que tem congresso, onde tem você está indo. Para saber o que está acontecendo nos outros estados, nas outras cidades, prefeituras (Entrevistado 5).

Neste relato, salienta-se a última frase para justificar a importância das trocas de experiências entre profissionais de outros estados e municípios na constituição dos saberes. O respeito às diferenças regionais, culturais, sociais, e a construção de ações conjuntas entre trabalhadores e atores sociais - mobilizando aqui o que Merhy; Franco (2008) chamaram de “valises” de tecnologias leves - parece ser uma das principais e mais relevantes ferramentas utilizadas atualmente para que os trabalhadores consigam estabelecer conexões com as propostas do Programa. A ideia nesse sentido foi reforçada levando em consideração os relatos de experiência publicados nas redes sociais mencionadas no início deste Polo (Programa AcadS no *Facebook* e Comunidade de Práticas - Academia da Saúde), que permitiram a disseminação de saberes e trocas de experiências/atividades entre trabalhadores de diferentes polos de AcadS do Brasil.

Como visto em Santos (1998, p. 124), a formação continuada também pode ocorrer de “forma deliberada”, sem a necessidade de vínculos em cursos, ou atividades com carga horária fixa estabelecida. No relato a seguir verifica-se este exemplo:

Em SUS específico não tive (conteúdos na graduação), aí eu tive que buscar mesmo na Secretaria de Saúde, como eu to inserido lá, lá tem lugares que eu procuro saber dessa parte de SUS, porque lá tem alguns livros que falam essa parte de SUS, aí eu pego e leio, e levo alguma coisa para os nossos professores (Entrevistado 9).

Ainda que não estivesse tratando do Programa AcadS neste momento da entrevista, surge aqui uma demanda de aprendizado requerida e buscada voluntariamente pelo profissional para o trabalho na atenção básica. É compreensível que eventualmente, por quaisquer que sejam os motivos, este tenha acesso ou condições de realizar cursos, participar de seminários, fazer pós-graduação, ou até mesmo ser orientado por outros profissionais dentro do serviço de saúde para desenvolver seu trabalho. Logo, se existir o interesse pelo atendimento de qualidade aos usuários, a autonomia na busca e no processamento de saberes necessita ser exercida.

6.2.1.2 Aprendizagem permanente em serviço

Santos (1998) classifica a formação continuada como uma forma organizada de aperfeiçoamento, sendo realizada por meio de palestras, seminários, ou outras propostas. Em alguns relatos dos profissionais entrevistados neste trabalho foi possível caracterizar a produção de saberes através de reuniões periódicas e estruturadas, o que de certa forma converge com a ideia de uma aprendizagem permanente, com “estímulo às atividades de apropriação, sistematização e produção desses saberes”, conforme recomendado por Bagrichevsky (2007, p. 43), para que os profissionais de EF possam atuar na SCol.

Os encontros sistematizados, e com propostas de discussões definidas, acabaram produzindo um “alto relevo” durante a exploração das entrevistas e no tratamento dos resultados que por fim resultam nesta interpretação. Especialmente nas cidades em que dispunham de no mínimo dois polos, os profissionais entrevistados deram destaque para as reuniões entre colegas da própria EF e também com equipes multiprofissionais, seja para avaliação das atividades e resultados do serviço, ou com o propósito de gerar e mesclar conhecimentos no grupo. Nesta primeira situação, o profissional discorre sobre o encontro periódico dos trabalhadores da EF

[...] a cada 45 dias a gente tem uma reunião só de educadores físicos. O que é conversado: na parte da manhã a gente faz a parte prática mesmo, de discussão do que está acontecendo entre a gente. Amanhã, por exemplo, a gente vai falar um pouco de diretriz do educador físico no NASF, que queira ou não acaba fugindo um pouco do que está lá né, a gente acaba fazendo coisas que não deveria fazer. Então a gente está mudando o protocolo de atendimento do educador físico na atenção básica e de média complexidade. Então nossas últimas reuniões estão sendo para isso, para a gente montar esse protocolo para todo mundo trabalhar igual. Que às vezes o fulano faz isso, mas o Marcelo lá no outro lado da cidade faz uma coisa que não tem nada a ver (Entrevistado 6).

Conforme abordado pelo entrevistado 6, não há uma padronização procedimental entre os profissionais de EF no trabalho junto ao NASF e o mesmo ocorre com os profissionais nas AcadS, ou seja, não há um modelo padronizado de atendimento em nível nacional. No entanto, esta reunião entre os profissionais de EF, de certa forma, serve como uma ferramenta de construção dos saberes processuais e ajuda a estabelecer um “percurso” de procedimentos a serem adotados pelos trabalhadores, mesmo levadas em conta as peculiaridades de cada população das AcadS.

Há uma correlação entre os fatos descritos e o que Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 41) chamam de “teoria-caixa de ferramentas” para a formação em saúde. Ao tentar propor um modelo padronizado de atendimento aos profissionais de EF, atua-se em pelo menos dois dos pilares do “quadrilátero da formação” (ensino, gestão, atenção e controle social) proposto pelos autores. A gestão do processo de trabalho, ou ainda, os saberes processuais, são uma preocupação evidente do grupo em questão e, embora não garantam, visam atribuir através da educação interativa de ações entre os profissionais, uma melhor qualidade no pilar relacionado aos saberes da atenção em saúde.

Entende-se que os saberes processuais, que também se relacionam com a gestão, representam boa parcela para o sucesso do trabalho em qualquer área de atuação, sendo a gestão tema de pós-graduação de um dos entrevistados, que a faz tanto em decorrência das exigências do serviço quanto pela possibilidade ascensão profissional dentro do campo da saúde. Ao que parece, pouco valor é atribuído aos saberes técnicos, conceituais ou a capacidade destacada de trabalhar em uma equipe multiprofissional, caso a pessoa não tenha claro e acima de tudo não coloque em prática seus saberes processuais que envolvem, por exemplo, a gestão sobre os horários de trabalho, a manutenção dos materiais que utiliza para tal, a estruturação, reestruturação das atividades diárias e especialmente a gestão sobre o tempo para aquisição de novos conhecimentos. Neste sentido, caso o profissional não tenha interesse, ou não disponha de tempo para tal tarefa, não conseguirá aprender/ampliar sua rede de saberes que possibilitem novas formas de intervenção.

Nesta outra entrevista, observa-se também a existência de reuniões periódicas. São desenvolvidas em dois momentos no mês e com a presença de profissionais que compõem as equipes de saúde, logo, não somente com trabalhadores da EF.

Como são 39 polos a gente tem uma reunião mensal que é por equipe, que é por distrito sanitário, que são as regiões aqui. Então se reúnem as equipes de região da cidade e também uma vez no mês a gente tem um encontro de formação que é geral, no caso, pega todos os profissionais de todos os polos. Então a gente tem uma troca mesmo, acho que é um dos momentos mais legais, pois é onde a gente ouve outras realidades, troca informação, revê os colegas de faculdade (Entrevistado 8).

Entende-se que a criação/mobilização de saberes, levando em consideração as expressões, “a gente tem uma troca mesmo” e “ouve outras realidades”, estão intimamente associadas ao que Tardif (2012) categoriza como saberes da experiência, e neste caso é adquirido através da “experiência dos pares” (TARDIF, 2012, p. 63). Afinal não se aprende

sozinho, mas sim coletivamente e é desta forma, através da exposição das polissemias de cada profissional sobre o trabalho nos polos, que alguns saberes ganham força para se consolidar, enquanto outros constituem embriões de um processo contínuo de atualização em serviço.

Outro elemento presente no relato do entrevistado 8 remete à intersecção dos saberes entre as profissões. Através de reuniões por equipes de saúde dentro dos distritos sanitários daquele município, cria-se a possibilidade dos profissionais transporem as “fronteiras disciplinares” (KASTRUP, 2013) no sentido de buscar através das relações multiprofissionais, desenvolverem o que Henz *et al.* (2013) classificaram como “tecnologias de intervenção entreprofissões”, visando a integralidade do cuidado aos usuários.

Em outro polo, apesar de envolver apenas profissionais de EF, os encontros de formação em parceria com a Universidade foram saídas encontradas para atualização e construção de novos conhecimentos. Dentro disso, acredita-se que trabalhar estudos de caso com o grupo profissional, por exemplo, seria uma ferramenta agregadora neste processo.

Eu faço reuniões mensais com os professores, justamente pra gente discutir e ver pontos referentes à questão de aperfeiçoamento. A gente vai muito do que a gente viu na faculdade né, e eu tenho contato com a Universidade com o departamento de Educação Física, da Universidade Federal e a gente faz curso de atualizações lá, então a gente pega as referências que são nos dada do decorrer dos cursos, que são várias (Entrevistado 9).

A grande quantidade de polos existentes na cidade do entrevistado 8 acabou facilitando e ampliando as possibilidades de trocas e conseqüentemente de crescimento do repertório de saberes por parte dos profissionais envolvidos. Essa realidade não é viável em municípios com apenas um polo instalado, tanto que durante as entrevistas foi solicitado diversas vezes que se disponibilizasse futuramente os resultados deste estudo, para que os profissionais pudessem se ‘alimentar’ das metodologias e vivências de trabalho que estavam sendo realizadas em outras localidades com polos de AcadS. Assim, mais uma vez retoma-se a importância da disseminação de ferramentas virtuais como as apresentadas no início deste Polo (capítulo), visando ampliar o escopo de atuação dos profissionais com oportunidade limitada para trocas em serviço com trabalhadores de outros polos da mesma localidade, ou seja, uma espécie de “trabalho interativo *online*”.

6.2.2 Mobilizando saberes com tutores informais em serviço

No dicionário formal, tutor é o “indivíduo legalmente encarregado de tutelar alguém” (FERREIRA, 2000, p. 693), também classificado como um protetor. Na educação, podemos encontrar a figura deste personagem nos Programas de Educação Tutorial (PET) em âmbito de graduação, o qual se responsabiliza por mediar, acompanhar e apoiar os alunos em atividades de ensino, pesquisa e extensão. Já na pós-graduação, e de acordo com a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, de 2012 (BRASIL, 2012a), o tutor caracteriza-se por desenvolver atividades de orientação acadêmica de preceptores e residentes, podendo ser dividida em duas modalidades: tutoria de núcleo e tutoria de campo. Conforme Art. 11, parágrafo 1º da Resolução, “a tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes”, já na tutoria de campo acaba orientando as mesmas atividades, mas “integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa” (BRASIL, 2012a, p. 04).

Reservadas as particularidades dos diferentes locais de atuação, utiliza-se o termo tutor informal por ser o que mais se aproxima da realidade encontrada em alguns polos, onde os profissionais relataram a importância de terem sido auxiliados por outros trabalhadores de EF mais experientes no serviço durante o processo de inserção e adaptação ao Programa AcadS.

Outras pessoas que começaram do zero, sem conhecer a academia, sem ter um professor lá que já estava acostumado, tiveram alguns problemas, um pouco mais de estresse nessa entrada (Entrevistado 11).

Então assim, quando o professor pediu para que eu assumisse essas aulas, eu não tinha nem conhecimento técnico, prático ou teórico para desenvolver essas atividades, então eu procurei vídeos, li alguns artigos, mas hoje em dia você não consegue aproveitar tanta coisa da internet. Então tinha umas coisas nada a ver, fiquei com medo de não confiar, então acabei procurando o próprio professor para me auxiliar (Entrevistado 7).

A falta de clareza das intencionalidades e propósitos do próprio Programa, evidenciada nos relatos de alguns profissionais, pode justificar o fato de o entrevistado 7 ter se colocado em uma posição de ‘alienígena’ quando inserido para o trabalho no polo de AcadS sem “conhecimento técnico, prático ou teórico”. Por mais recente que seja a formação do profissional, entende-se que carregue consigo os mínimos saberes necessários para iniciar o trabalho em um polo de AcadS, no entanto, nota-se neste relato um aspecto relevante para se

pensar o preparo do futuro responsável pelas atividades do Programa, sem que este “caia de paraquedas” no serviço. Esta questão, inclusive, ajudou a calibrar o problema de pesquisa desta dissertação, onde se questionava o que (como) faria o profissional que viesse a desenvolver um trabalho em algum polo do Programa AcadS. Esta não é uma tarefa fácil e nem mesmo exclusiva do profissional, sendo necessário um trabalho conjunto entre gestores e também profissionais da saúde de outras áreas.

Seguindo com os relatos sobre o relevante papel dos tutores informais, o entrevistado 11 fez o seguinte comentário:

Então, ele está quase desde o início do projeto. Já conhece bastante sobre o povo, tem um vasto conhecimento nessa área de saúde pública e ele foi realmente a pessoa que me ajudou a integrar, a conhecer o projeto e integrar lá na Academia (Entrevistado 11).

Somente nesta passagem é possível identificar pelo menos três tipos de conhecimentos constituídos pelo profissional que trabalhou na AcadS antes do entrevistado em questão. O conhecimento sobre o povo; sobre saúde pública e sobre o projeto (Programa AcadS) são destacados como pontos importantes para a atuação no polo. Desses, destaca-se os conhecimentos que se aprendem/constroem em relação ao povo, sendo diversos e que muitas vezes requerem tempo e espaços diferentes de aprendizado dentro da comunidade. Logo, conforme salientado pelo entrevistado 11, fica clara a importância de se constituir saberes sobre o território para que o profissional se sinta integrado ao Programa e às demandas da população no local em que estiver inserido. Sendo assim, é somente através da prática, das relações cotidianas e da aproximação com o usuário que será possível se qualificar nesta demanda de conhecimento, ou seja, através do “trabalho vivo em ato” (MERHY; FRANCO, 2008).

Outro apontamento que merece destaque, ainda sobre o entrevistado 11, é a preocupação do profissional em se integrar e especialmente conhecer o Programa. Trata-se, portanto, de um saber compor, não se limitando ao desenvolvimento de atividades isoladas com vistas somente ao cumprimento de sua carga horária. Esses saberes não são apresentados, por exemplo, na graduação, no entanto acabam sendo requisitados, construídos e mobilizados durante a prática profissional.

Como alguns entrevistados tinham um tempo de atuação nas AcadS superior a um ano, foi possível identificá-los atuando como se fossem tutores informais de outros profissionais e estagiários de EF. Em um destes casos, o tutor descreve um modelo de atuação identificado

em seu 'orientando', no caso um estagiário de EF, que acaba mobilizando saberes como se trabalhasse em uma academia de musculação:

A principal referência é a Política de Promoção de Saúde, a Política Nacional de Promoção de Saúde, do SUS né, nossa referência base. Eu tenho uma dificuldade, quando o estagiário entrou ele vem de rotina de academia né, então ele tem essa outra visão, que já mudou bastante e eu explico que é muito diferente a gente oferecer... a gente oferece os serviços para a saúde, diferente de uma área privada, como uma academia, que oferece outros tipos de serviço (Entrevistado 2).

Em que pese não ser o propósito, não é difícil encontrar usuários interessados em ter na AcadS um atendimento semelhante ao encontrado em academias privadas. Redução do percentual de gordura corporal, definição muscular, suplementos/complementos alimentares, redução de triglicerídeos, controle da pressão arterial, reabilitação, logo, exige-se do profissional o preparo para saber-lidar com essas situações de maneira que os interesses particulares dos usuários sejam refletidos no sentido de uma educação em saúde e os saberes coletivos da comunidade, direcionem ações factíveis e integrativas nos serviços de promoção da saúde como nas AcadS.

Outro trecho relevante do entrevistado 2 e que implicou na mobilização de saberes por parte dos profissionais, foi a referência feita a PNPS. Este fato, em conjunto com as observações do parágrafo anterior sobre as demandas e saberes requisitados em uma academia de musculação, torna possível compreender que para o trabalho do profissional em uma AcadS, a estratégia de polarizar o aprendizado de conhecimentos somente em conteúdos específicos da EF, parece não ser a maneira ideal de qualificação para este tipo de trabalho. No entanto, o mesmo também deve ser visto quanto à polarização da aprendizagem sobre os saberes do campo da saúde, ou seja, é preciso despolarizar, no sentido de dar equilíbrio na criação e aprendizado de novas tecnologias para o trabalho. Nesta direção, pensar na formação de tutores com ênfase no Programa AcadS parece ser uma ferramenta auxiliar de extrema relevância para aperfeiçoar e ampliar os saberes profissionais que viabilizem um atendimento ao usuário na lógica da integralidade.

6.2.2.1 Tutores informais e trocas multiprofissionais

A obrigatoriedade do vínculo dos polos com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e em alguns casos o contato dos mesmos com Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF), acabou viabilizando a interação dos profissionais inseridos no Programa AcadS com outros trabalhadores de saúde. Dentre alguns entrevistados, além das trocas de saberes realizadas em equipes multiprofissionais, também ocorreu de alguns profissionais de outras áreas atuarem como tutores informais dos trabalhadores de EF. Não se trata de uma situação atípica, uma vez que poderão fazer parte do Programa diversas áreas de formação, conforme apresentado anteriormente com a descrição dos CBO, sendo que o contrário também poderá ocorrer, ou seja, profissionais de EF se tornarem tutores informais de profissionais de outras áreas.

Inicialmente destaca-se o relato do profissional de EF que teve como tutora informal uma médica. Conforme outros profissionais já haviam relatado, a dificuldade existente no processo inicial de trabalho nos polos também esteve presente nesse caso.

Eu quando cheguei aqui não tinha nenhum contato a não ser na escola, na nossa área, aí eu tive um pouco de dificuldade em relação aos primeiros alunos que começaram. Aí eu tive que pesquisar por fora, na internet, até a médica deve ter ficado um pouco encabulada comigo porque eu ia atrás dela, o que eu não sabia eu ia atrás. Ela me explicava um pouquinho mais sobre a doença. É algo que eu acho que o profissional de saúde deve ter algum curso ou então uma especialização voltada pra área pra quem quer trabalhar com isso. E ela valoriza bastante, porque ela já mandou uns quantos pra mim, que precisavam fazer exercícios físicos, e todos que ela mandou eu vim conversar com ela certinho pra saber o que é que eles tinham, e ela me explicou o por que mandou pra lá, qual era o problema, qual seria a dificuldade que teria, tudo, então nesse quesito eu não posso reclamar de forma alguma, porque ela realmente me ajuda e incentiva a população a vir fazer academia (Entrevistado 10).

Embora não seja objetivo deste trabalho avaliar os polos, buscando identificar se atuam na promoção da saúde, reabilitação ou prevenção de doenças, neste caso o profissional de EF buscou ampliar seus conhecimentos em relação a determinadas doenças, possivelmente motivado pelas demandas surgidas no trabalho na AcadS. No entanto, não é possível somente com isso afirmar que este profissional conduza as atividades com vistas unicamente à prevenção de doenças, utilizando o exercício físico e as práticas em geral como um ‘medicamento’ (medicalização⁶³) para os usuários, sem antes conhecer sua atuação de modo integral. Mesmo assim, esse foi um ponto que mereceu destaque dentro dos saberes para a atuação nos polos, sendo necessário que o profissional passe a observar os diversos fatores

⁶³ Ferreira (2008, p. 68) em sua tese descreve que a medicalização, com ou sem intenção, busca respostas fundamentadas na biologia para “responder inequivocamente a questões eminentemente sociais”.

que compõem a prática e assim, a conduza como um mecanismo de promoção da saúde e cuidado integral aos usuários.

Ainda com relação ao relato anterior, destaca-se a aproximação e a credibilidade desenvolvida por ambos os profissionais em relação ao serviço, bem como às trocas multiprofissionais. Mesmo executando suas atividades com autonomia e desacompanhada da ‘tutora informal’, foi a mescla dos saberes de ambas, o “entrepofissões” (HENZ *et al.*, 2013) que tornou o trabalho possível e visto com ares de segurança por parte do profissional de EF. Fica clara a “alternância de saberes” de cada núcleo de profissão, apresentada por Ceccim e Armani (2002, p. 148), com o intuito de ajudar na constituição da atenção à saúde.

O intercâmbio de saberes multiprofissionais não esteve presente nas descrições da totalidade dos entrevistados, sendo que alguns inclusive relataram a dificuldade de aproximação entre os núcleos, seja por ingerência ou desinteresse e outros pelo fato dos horários de atendimento dos polos serem deslocados do atendimento normal dos funcionários municipais (em alguns polos, por questões climáticas, o horário de funcionamento variou entre 5h e 9h da manhã e 16h até 20h). Por outro lado, em vários casos ocorreram trocas entre os profissionais de diferentes áreas.

Tem, tem, mas sinceramente eu não acho que foi assim tão fácil. É uma coisa que eles pedem, desde o início que a gente entrou, mas também não dão tanta oportunidade de você ter esse contato, então a gente teve meio que batalhar isso dentro do centro de saúde e mesmo assim, é matar um leão por dia, mostrar o que é ser um educador físico, que eu não sou um animador de festa, que eu estou lá para tratar de saúde tanto quanto eles, que eu posso ajudar no tratamento como qualquer outro profissional do NASF. No meu centro de saúde a gente tem um contato muito bom com a nutricionista, a gerente do NASF deixou ela disponível um dia por mês para a academia, uma vez por semana para ela trabalhar comigo no centro de saúde, com práticas e grupos. Então assim, pelo menos com a nutricionista, a gerente do NASF facilitou bastante o trabalho com ela (Entrevistado 11).

A gente conta com o apoio do NASF, do CAPS e da unidade de saúde referência nossa ali, do polo da academia, que é a unidade central. Qualquer um desses órgãos que a gente tem que buscar alguma referência, a conversa, o diálogo é completamente aberto, então não têm dificuldades nenhuma em trazer o caso do paciente, se for precisar discutir alguma coisa e através dessa parceria que a gente tá buscando fazer o ciclo de palestras trimestrais. A gente iniciou com a palestra da nutricionista, vamos ter outra, pois alguns não puderam participar e já estão previstas palestras também com o psicólogo lá do CAPS e a gente está elaborando, buscando abranger várias áreas que a gente tem dentro do município (Entrevistado 2).

Nos dois trechos aparecem realidades distintas sobre o contato multiprofissional. No primeiro, apesar da boa relação com a nutricionista, verificou-se a dificuldade do profissional no estabelecimento das relações e a busca pelo reconhecimento enquanto núcleo compositor da equipe. Esta pareceu ser uma questão que exige fundamentação e conhecimento por parte do profissional que atua ou irá atuar em serviços como a AcadS, afinal, qual a contribuição da sua área para a promoção da saúde? Será o “tarefeiro”, o orientador de caminhada, controlador de repetições e cargas em exercícios localizados ou poderá contribuir de maneira ampliada, agregando então outros significados as práticas corporais e atividades físicas que de certa forma demarcam as fronteiras do seu núcleo de saberes?

Na segunda entrevista o trabalho multiprofissional apresenta-se fluente e com certa facilidade nas relações. O profissional de EF propõe a interlocução com outras áreas visando o melhor atendimento do que chama de ‘paciente’/usuário. O mesmo é observado nos próximos trechos destacados dos relatos dos entrevistados quando perguntados se existiam relações multiprofissionais nos polos:

Sim, aí tem um grupo de crianças, de desporto infantil, então sempre eu estou levando a TO (terapeuta ocupacional) para dar uma conversada com eles, o farmacêutico participa do grupo “Pratique Saúde” para falar sobre medicação. No meu grupo, 70% deles são hipertensos, diabéticos, tomam medicação contínua, então às vezes eu trago o farmacêutico para dar uma puxada no pé, para ver se estão tomando certo o remédio, a hora, essas coisas básicas, então trago ele para participar também (Entrevistado 6).

O NASF tem uma psicóloga, uma nutricionista e duas fisioterapeutas e ainda mais uma assistente social. Então se o aluno falta e não explica o motivo, a assistente vai, se tem algum caso de depressão ou algum trauma que impeça a pessoa de ter um convívio social, vai a psicóloga. Aí tem o acompanhamento nutricional, têm as reuniões, os alunos são convidados a participar e a maioria vai. Sabe o que tem também Marcelo, que é bem interessante, que a fisioterapeuta faz? Toda sexta-feira tem um grupo em um salão no centro da cidade, que eles chamam de “Grupo da Dor”. Todas as pessoas com dor muscular, problema na coluna, lesão, pós-operatório, eles vão nesse grupo e eles fazem uma aula de fisioterapia (Entrevistado 7).

Além de relatarem os profissionais com quem trocam saberes e responsabilidades, os entrevistados deram exemplos de atividades e ações que poderiam ser desenvolvidas nos polos de AcadS. Nota-se que o avanço na intencionalidade do serviço potencializa a concretização de um trabalho centrado na ideia de saúde para além do corpo biológico, ou seja, conectado com o princípio da integralidade, do cuidado e de modos de vida saudáveis, expressos especialmente no relato do entrevistado 7, com as expressões “convívio social,

acompanhamento nutricional” e também pelo relato de que procuram saber o motivo da ausência dos alunos.

Por fim, apresenta-se um relato em que parece acontecer na relação de trocas multiprofissionais e interdisciplinares, o que Campos (2000, p. 220) credita como “borramento de limites” entre a fronteira de saberes dos núcleos disciplinares:

Tem uma fisioterapeuta que vai na parte da manhã e outra na tarde. Então nós fazemos os mesmos horários, chegamos 10 minutos antes, organizamos os materiais e assim... para as atividades físicas, séries de exercícios, elas nos auxiliam. Para alguns alunos que tem alguma dificuldade, alguma dor crônica, lesão, aí nós auxiliamos elas. É bem assim, a gente trabalha junto, mas cada um na sua área bem específico, a gente se respeita bastante (Entrevistado 14).

Ainda segundo Campos (2000, p. 220), “todo campo científico ou de práticas seria interdisciplinar e multiprofissional”, ou como relatam Minelli; Soriano; Fávaro (2009, p. 58), em teoria o trabalho em equipe deveria “preencher as lacunas de conhecimentos existentes entre diferentes áreas” visando determinado objetivo. Logo, a sobreposição de saberes entre profissionais de EF e de outras áreas foi elemento ímpar no processo de trabalho também no espaço das AcadS. Limitar as intervenções sob a regência uníssona de determinada área, quando se busca promover a saúde, implica em dar voz ao adoecimento dos objetivos coletivos da comunidade assistida e do próprio núcleo de atuação.

Ficou evidente, portanto, que o raio de atuação, ou ainda, o raio de alcance (eficiência) das ações de determinado profissional/equipe no polo depende diretamente da interação que estabelece com profissionais de outras áreas da saúde, bem como da comunidade que ali participa. É preciso que os profissionais desenvolvam a habilidade do ‘saber-compor’ em equipe, entendendo que não há um limite preciso entre os saberes e práticas de cada profissão, especialmente quando se almeja intervir na direção de uma saúde coletiva, onde os saberes e as práticas convergem para as demandas sociais de saúde (CARVALHO, 2007).

MULTIPOLOS

Pensando nas questões iniciais que moveram o interesse em estudar academias públicas (e depois chegando às AcadS), despertadas no ano de 2009 em uma disciplina da graduação em EF licenciatura, até o momento de conclusão deste trabalho em 2014, pode-se compreender que os saberes, sejam eles disciplinares, da formação profissional, ou experienciais, possuem ritmos e tempos distintos para serem aprendidos, construídos e mobilizados no trabalho vivo em ato. Portanto, é a partir deste olhar que as considerações finais desta dissertação serão apresentadas. É importante salientar que o modo como este estudo foi desenvolvido e as interpretações apresentadas podem vir a contribuir para compreender esse complexo processo de aprendizado do trabalho de um profissional de educação física no SUS, em especial nas AcadS.

A Educação Física foi considerada profissão da área da saúde pela Resolução nº 218/97⁶⁴ do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que lhe conferiu um lugar importante no âmbito do SUS. Esta resolução apenas reconhece formalmente o lugar da EF no campo da saúde, pois desde há muito tempo a EF tem nesta área um dos pontos fortes de legitimação social. Embora no imaginário popular a EF ainda esteja um pouco distante do SUS, aos poucos vem conquistando seu lugar enquanto núcleo de saberes importantes na composição do trabalho multiprofissional em serviços de saúde pública tais como: NASF, CAPS, ESF e mais recentemente dentro do Programa AcadS.

A implantação pelo Ministério da Saúde em 2011 do Programa Academia da Saúde, o qual teve por objetivo desenvolver atividades de “promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013a, p. 01), acabou motivando os primeiros questionamentos deste trabalho. Afinal, qual seria o ponto de partida do profissional de EF para trabalhar nesta nova modalidade de serviço de saúde do SUS? Que atividades pertinentes ao núcleo EF poderiam ser propostas para atender as demandas do Programa e dos usuários? Em que perspectiva a saúde seria trabalhada naquele espaço? Os saberes para o trabalho com

⁶⁴ Esta Resolução foi alterada pela Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Tal alteração ocorreu pelo fato de que não cabia ao CNS reconhecer profissões. O que resultou na alteração da redação do caput do art. 1º para: “Relacionar as seguintes categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho”. Também nesta Resolução é acrescentada a biomedicina para compor o quadro de profissões que passa a contar com as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 1998).

escolares, ou com alunos da academia de musculação e ginástica, do trabalho em atendimento personalizado (*personal trainer*), por exemplo, poderiam ser aplicados da mesma forma com os usuários das AcadS? De onde viriam os saberes que os profissionais mobilizariam em serviço nos polos de AcadS?

Até o mês de agosto de 2014, 990 polos de AcadS estavam registrados no CNES em diferentes cidades do Brasil, sendo que no momento em que foi realizado o levantamento de dados para este estudo, em março de 2014, este número era de 769. Na medida em que o Programa prevê a inserção de diversas profissões (profissional de educação física na saúde, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo clínico, sanitarista, educador social, arteterapeuta, nutricionista, artistas de dança – exceto dança tradicional e popular, dançarinos tradicionais e populares), foram selecionados apenas os polos em que havia pelo menos um profissional de EF atuando, somando 615. Todos foram convidados via e-mail para participar do estudo, totalizando 20 aceites que se traduziram efetivamente em 14 entrevistas com profissionais distribuídos em 11 estados das cinco regiões do Brasil.

As entrevistas semiestruturadas, realizadas via *Skype*, *Facebook* e *Google Talk*, foram transcritas na íntegra, analisadas pelo método de análises de conteúdo (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007) e, juntamente com o referencial teórico centrado na temática dos saberes, ajudaram na constituição das cinco principais categorias de análise: “saberes acadêmicos/científicos e a formação em serviço”; “os saberes da formação continuada”; “saberes da educação/reflexão permanente em serviço”; “mobilizando saberes com tutores em serviço” e “tutores e trocas multiprofissionais”.

O tempo de atuação dos profissionais nos polos AcadS, que variou entre três meses e mais de um ano, contribuiu para que o estudo em questão pudesse levantar necessidades de saberes de quem estava começando e também de profissionais possuíam um período maior de vivência e adaptação ao Programa. Utiliza-se o termo adaptação porque, conforme observado durante a realização da dissertação (de julho de 2012 à julho de 2014), a Portaria inaugural do Programa, nº 719/GM/MS (BRASIL, 2011a) foi alterada em boa parte pela Portaria nº 2.681/GM/MS (BRASIL, 2013a), passando a apresentar diretrizes e princípios (participação popular, integralidade do cuidado, intersetorialidade, interdisciplinaridade, territorialidade, intergeracionalidade) até então inexistentes na primeira Portaria. As portarias nº 1.401/GM/MS (BRASIL, 2011b) e nº 1.402/GM/MS (BRASIL, 2011c) também foram alteradas com a publicação da Portaria, nº 2.684 (BRASIL, 2013b), com o objetivo de definir

os recursos e os critérios em relação à construção e o custeio dos polos, incluindo programas similares ao AcadS, algo que não estava presente nas portarias anteriores.

Embora não fosse possível replicar os conceitos de saberes (da formação profissional, disciplinares, curriculares e experienciais) elaborados por Tardif (2012) no campo da educação para o campo da saúde, a teorização utilizada pelo referido autor, com as devidas adaptações, auxiliou sobremaneira na compreensão dos saberes que foram mobilizados ou que estivessem em construção por parte dos profissionais de EF nas AcadS. De maneira especial, a fonte de saberes intitulada por Tardif (2012) como saberes experienciais foi a que ganhou destaque entre os entrevistados, aparecendo em diversos relatos. Tal situação pode em parte ser explicada pelo fato de apenas um dos 14 entrevistados ter cursado na graduação alguma disciplina que abordasse conteúdos sobre SCol, SUS e saúde pública, e os demais terem que buscar esses conhecimentos em sua própria experiência e em outras fontes. Embora estudos (PINHO, 2011; PASQUIM, 2010) apontem para a escassez de disciplinas que orientem a formação para o SUS e a SCol em cursos de graduação em EF, trabalhos mais recentes (PAULO, 2013; BATISTA, 2012) evidenciam mudanças desta direção. No entanto, não é possível afirmar que não havia disciplinas desta natureza na grade curricular dos cursos de graduação nos quais os profissionais entrevistados se formaram, pois as análises aqui empreendidas se limitaram exclusivamente à análise do que foi efetivamente reportado.

Ainda com relação às disciplinas da graduação, os profissionais destacaram como apoio para o trabalho nas AcadS, conteúdos aprendidos em aulas de anatomia, biomecânica, primeiros socorros, ginásticas, esportes, avaliação física, cinesiologia, antropometria, medidas e avaliação, atividade física para grupos especiais, dança e promoção da saúde. Dentre elas, foram mais citadas (especialmente pelos profissionais com formação entre 2010 e 2013), disciplinas centradas em aspectos biológicos, que geraram conhecimentos sobre, por exemplo, o controle/adequação da frequência cardíaca e pressão arterial durante atividades físicas, a periodização do treinamento, entre outros.

Os profissionais formados há pouco tempo (2010 e 2013), que deram destaque para as disciplinas com enfoque biológico, e os que de maneira geral não tinham experiências anteriores em serviços de saúde dentro da atenção básica, apresentaram propostas de intervenção com características similares. A perspectiva de gerar saúde aos usuários estava centrada na busca por indicadores orgânicos como a diminuição de medidas corporais, redução da pressão arterial em hipertensos, controle da glicemia em diabéticos e melhora da capacidade cardiorrespiratória em geral. Cabe ressaltar que a atuação profissional alinhada com esta proposta de intervenção não é em si prejudicial ou benéfica, também não se trata de

negar a necessidade de haver conteúdos mais técnicos durante a formação. Não há saber proibido no campo da saúde, mas é preciso, concomitantemente, que os profissionais voltem o olhar para os outros aspectos relacionados à saúde dos usuários, como a atenção, o cuidado e acima de tudo levem em consideração as demandas de cada comunidade. De forma mais sintética é preciso pensar de forma articulada os quatro elementos do “quadrilátero da formação” proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004a). Este deve ser um componente relevante na composição da bagagem de cada profissional enquanto pensa e desenvolve suas ações em seu território de trabalho.

Alguns profissionais de EF entrevistados ainda desenvolvem seus trabalhos com certo distanciamento da proposta do Programa AcadS, em parte por não terem conhecimento dos objetivos e propostas que são apresentados na Portaria nº 2.681 (BRASIL, 2013a) ou por seguirem metodologias de trabalho em consonância com projetos que antecederam a AcadS, como por exemplo Academias da Terceira Idade e Academias da Cidade, que apesar de contribuírem em alguns aspectos da saúde nas comunidades em que estão instaladas, grande parte delas não possui os objetivos e o escopo de atuação convergentes aos do Programa AcadS.

Por outro lado, as entrevistas com profissionais que tinham mais de um ano de experiência em saúde pública evidenciaram trabalhos nas AcadS voltados para a proposta de promoção da saúde em diferentes dimensões, estabelecendo como prioridade o atendimento integral do usuário e o diálogo com outros trabalhadores da saúde. Outro aspecto positivo foi que tanto os profissionais com mais tempo de serviço quanto os que ainda estavam se aproximando da proposta de atuação do Programa AcadS demonstraram a necessidade, o interesse, o envolvimento e também proatividade em buscar novos conhecimentos para o trabalho nos polos.

Cursos de pós-graduação, curso de extensão voltado ao Programa Academia da Saúde, seminários profissionais e multiprofissionais, reuniões periódicas, trabalho em equipe, referencial teórico da Política Nacional de Promoção da Saúde, “trabalho vivo” com profissionais de EF e de outras áreas de atuação. Estas foram as principais fontes de busca e que também geraram a construção de novos saberes para os profissionais entrevistados. Assim como Tardif (2012) ressaltou que os saberes da experiência se diferenciam dos demais, pois são constituídos de todos os outros, aqui também a experiência despontou como um “polo ampliado” de possibilidades para aprender/trocar/construir/ressignificar as “valises” (MERHY; FRANCO, 2008) necessárias ao trabalho no Programa AcadS. Como exemplo, os profissionais relataram o contato com trabalhadores mais experientes, da área de EF e da

medicina, o que neste trabalho foi classificado como uma fonte de obtenção de saberes através de “tutores em serviço” para atender às demandas no território.

O “trabalho vivo em ato” (MERHY; FRANCO, 2008), nas relações estabelecidas com os usuários e outros trabalhadores no momento da realização do serviço, é sem dúvida um dos principais geradores de um “saber-fazer” (SCHRAIBER; MOTA; NOVAES, 2008) polarizado, ou seja, próprio daquele local e que talvez só sirva para o profissional naquele território. Porém, não se descarta a possibilidade de outro profissional, em outra região do país, precisar mobilizar o mesmo tipo de conhecimento em determinada circunstância, tempo e espaço. Daí a necessidade de ocorrerem trocas entre as experiências de cada polo, com a partilha de saberes para que outros profissionais possam mobilizá-los no desenvolvimento de suas ações em outros locais. Essa situação foi identificada nas ações de alguns dos entrevistados, especialmente em cidades que dispunham de mais de um polo de AcadS, possibilitando reuniões periódicas entre seus profissionais. Como forma de viabilizar tal iniciativa para cidades com somente um polo, tendo por objetivo, por exemplo, a socialização dos resultados de análises como as que foram materializadas nesta dissertação, ou então simplesmente o acesso a novas metodologias e vivências de trabalho empregadas em outras localidades, propõe-se um “polo de trabalho interativo *online*”. Assim como páginas virtuais me ajudaram a conhecer melhor alguns polos de AcadS, acredita-se que a disseminação dessas ferramentas, tornando públicas experiências em polos de todo o Brasil, poderiam ampliar a bagagem de saberes dos profissionais próximos às AcadS.

Diferentemente de um *personal trainer* que na maioria das vezes planeja e conduz o treino visando atender aos pedidos de cada aluno, como redução do percentual de gordura, por exemplo, ou de um professor de EF na escola, que planeja suas aulas com o objetivo de estruturar didaticamente o ensino-aprendizagem dos elementos da cultura corporal de movimento, o profissional de EF inserido em polos de AcadS precisa estar preparado para lidar com outra configuração laboral e desenvolver uma “consciência sanitária” (LUZ, 2007) condizente com a “função sanitária” (WACHS, 2013) a ser desempenhada no SUS. O atendimento não se dará com vistas aos interesses particulares dos usuários, o que não significa deixar de lado o cuidado e a atenção singulares, mas sim dar prioridade ao coletivo e saber que dependendo da necessidade, também haverá um momento reservado entre o(s) profissional(is) e o usuário, mas que não será para um treinamento físico personalizado, por exemplo.

É preciso entender e conhecer o motivo pelo qual os objetivos do trabalho e a postura profissional se reconfiguram neste ambiente de atuação. Não se trata da construção de um

novo ser profissional de EF, é necessário transitar entre os saberes do núcleo, ou do “polo” da EF e os conhecimentos do “polo” da saúde pública, onde se fazem presentes diversas profissões que buscam trabalhar na linha do cuidado, da integralidade, da Política Nacional de Promoção da Saúde, do SUS, da atenção básica em geral. Desta forma o profissional de EF ampliará as possibilidades de promover a saúde das pessoas, preferencialmente tentando enxergá-la como algo além dos fatores biológicos/quantificáveis.

Nem professor, nem técnico, nem *personal trainer*, nem “tarefeiro” (FERREIRA, 2013) e menos ainda medidor de frequência cardíaca. A mobilização de saberes pretendida no ambiente das AcadS requer uma composição “despolarizada” de profissionais, ou seja, onde não se polarizem ou se sobressaiam saberes somente de um núcleo profissional. Ainda nesta direção, sugere-se pensar em uma “caixa de saberes-ferramenta”, onde estariam pelo menos quatro dimensões de saberes: saberes da experiência, saberes processuais, saberes da formação profissional e saberes disciplinares. Esta bagagem de saberes poderia ser constituída através da formação inicial, da formação em serviço, durante o trabalho vivo em ato, em experiências realizadas em projetos como o VER-SUS ou programas como o PET-SAÚDE, também pela formação continuada, alcançada através de residências multiprofissionais, e especialmente com o auxílio de políticas de formação para o trabalho em saúde, como é o caso do PRÓ-SAÚDE.

Assim como um ímã que produz uma força quando aproximados os polos positivo e negativo, o conjunto de saberes da EF produzirá determinada força somente quando se polarizarem com as diferentes dimensões de saberes requeridos no campo da saúde. Desta forma, ao agregar concomitantemente estes conhecimentos aos saberes coletivos, do trabalho inter-entre-multi profissional, será possível que o profissional de EF atue na saúde com vistas à integralidade e ao cuidado do usuário.

REFERÊNCIAS

ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p.1127-1144, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a12.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

BACCAN, André Luiz de Souza. **Idosos participantes do Programa de Integração Comunitária**: conhecimento sobre o exercício físico. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

BAGRICHEVSKY, Marcos. A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva? In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. (Org.). **Educação física e saúde coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marco. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006. v. 2.

BAGRICHEVSKY, Marcos; *et al.* Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 497-510, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a19.pdf>>. Acesso em: abr. 2014.

BARBOSA, Cleonice de Faria; MENDES, Iranilde J. Messias. Concepção de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 31, p. 269-276, 2005.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 2009.

BASTOS, Ana Paula Pagliosa. **Legados do ensino do esporte na escola**: um estudo sobre o que professores de educação física pensam em deixar para seus alunos ao final do ensino médio. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BATISTA, Nildo Alves. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 2, 2012. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf>. Acesso em: dez. 2013.

_____. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

BATTAGLION, Angelo Neto. **O conhecimento e a prática dos acadêmicos da educação física com atuação na saúde pública**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BECCALLI, Michel Binda. **Mais que atividade física:** os usos e entendimentos da saúde entre usuários do serviço de orientação ao exercício da prefeitura municipal de Vitória. Dissertação (Mestrado) – Centro de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2012.

BELO HORIZONTE, Prefeitura. **Academia da Cidade:** saúde e equilíbrio mais próximo do cidadão. S/d. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=16466&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0>. Acesso em: out. 2012.

BORGES, Cecília Maria Ferreira. **O professor de educação física e a construção do saber.** 2. Ed. Campinas, SP: Papirus, 2001.

BORGES, Cecília Maria Ferreira; DESBIENS, Jean-François. **Saber, formar e intervir para uma educação física em mudança.** Campinas, SP: Autores Associados, 2005.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BOSSLE, Cibele Biehl. **“Personal trainer & Cia”:** noções de marketing na literatura sobre treinamento personalizado. 91 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BRAID, Liana Maria Carvallo; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; ARANHA, Ágatha Cristina. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface**, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 679-692, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n42/v16n42a08.pdf>>. Acesso em: mai. 2013.

BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: jul. 2012.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990b.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218**, de 6 de março de 1997. Brasília, 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287**, de 8 de outubro de 1998. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 719**, de 7 de abril de 2011. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf>. Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.401**, de 15 de junho de 2011. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_1401.pdf>. Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 186**, de 14 de março de 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186_14_03_2014.html>. Acesso em: abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.681**, de 7 de novembro de 2013. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.684**, de 8 de novembro de 2013. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013.html>. Acesso em: dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.402**, de 15 de junho de 2011. Brasília, 2011c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_1402_.pdf>. Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 2.101**, de 3 de novembro de 2005. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>>. Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS n. 2**, de 13 de abril de 2012. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia->

medica&id=12500%3%20Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article>. Acesso em: abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Edital de seleção de alunos para o Curso de Extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde com enfoque no Programa Academia da Saúde**: modalidade a distância. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://moodle.cead.unb.br/ms/pluginfile.php/45/mod_book/chapter/3/Edital_MS_Promocao_Saude_5oferta.pdf>. Acesso em: nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. **Portaria n. 687**, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica nº 27. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS N° 6**: Temático Promoção da Saúde V. IV. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_6.pdf>. Acesso em: set. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Programa de Aceleração do Crescimento. Comunidade Cidadã, **UBS – Unidade Básica de Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude>>. Acesso em: fev. 2014.

BRUGNEROTTO, Fábio; SIMÕES, Regina. Caracterização dos currículos de formação profissional em educação física: um enfoque sobre saúde. **PHYSIS**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.149-172, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

BUENO, Denise; TSCHIEDEL, Rosemarie G. (Org.). **A arte de ensinar e fazer saúde**: UFRGS no Pró-Saúde II: Relatos de uma experiência. Porto Alegre: Libretos, 2011.

BUENO, Alessandra Xavier. **Entre o fazer e o registrar da Educação Física no NASF**: a relação conflitante entre a Classificação Brasileira de Ocupações e os procedimentos possíveis

de registro pelo Profissional de Educação Física. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette; AMARAL, João Henrique Lara do; ALVES, Cláudia Regina Lindgren. O FNEPAS e o PET-Saúde da UFMG/SMSa/PBH: a educação multiprofissional desenvolvendo competências para o trabalho em equipe. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, 2011. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo5_fnepas_pet_saude.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci_arttext>. Acesso em: abr. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: jun. 2013.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida *et al.* Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 357-370, 2013a.

_____. Formação descentrada na experiência. In: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Yara Maria de. Educação física e saúde coletiva: uma introdução. In: LUZ, Madel Terezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTIEL, Luis David. **O que é Saúde Pública?** Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>>. Acesso em: fev. 2014.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, 2011. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo2_formacao_para_sus.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

CAVALLI, Cheila. **Reflexões sobre a educação física no SUS: uma análise a partir das dissertações e teses**. 115 p. Dissertação (Mestrado) - Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Gestão na educação em saúde coletiva e gestão no sistema único de saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Org.). **Tempo de Inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa, 2002.

_____. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45, 2001.

CECCIM, Ricardo Burg; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales. (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: DaCasa, p. 163-177, 2002.

_____. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41- 65, 2004a.

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004b.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 531-42, 2009.

CESARO, Humberto Luís de. **Os “Alquimistas” da vila: masculinidades e práticas corporais de hipertrofia numa academia de Porto Alegre**. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CHIAVERINI, Dulce Helena *et al.* (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHIESA, Anna Maria *et al.* Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: a experiência da Universidade de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Rio de Janeiro: **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 36-43, 2011.

COHN, Clarice. O ensino de Antropologia da Saúde na graduação: uma experiência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 41-49, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n1/06.pdf>>. Acesso em: ago. 2012.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Edital nº 24: Pró-Ensino na Saúde**. Brasília: Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, 2010. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/images/stories/download/bolsas/Edital_EnsinoSaude_2010.pdf>. Acesso em: mai. 2013.

COSTA, Bruna Vieira de Lima *et al.* Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-102, 2013.

COSTA, Dayanne da *et al.* Índice de qualidade da dieta de mulheres usuárias de um programa de atividade física regular “Academia da Cidade”, Aracajú, SE. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 6, p. 731-741, 2012.

COSTA, Jamille Oliveira *et al.* Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade – Aracaju, SE. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 93-99, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1224/1018>>. Acesso em: fev. 2014.

COUTINHO, Silvano da Silva. **Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 207 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CURITIBA, Prefeitura. **Ministério da Saúde faz do CuritibaAtiva projeto nacional: academias ao ar livre**. 2011. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/ministerio-da-saude-faz-do-curitibatativa-projeto-nacional/24820>>. Acesso em: abr. 2013.

DESSBESELL, Giliane. **Práticas curriculares de professores de Educação Física: "rascunhos" de um projeto de disciplina na Rede Estadual de Ensino do Rio Grande do Sul**. 2014. 126 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

DEVIDE, Fabiano Pries. Educação Física e Saúde: em busca de uma reorientação para a sua práxis. Porto Alegre: **Revista Movimento**, v. 3, n. 5, p. 44-55, 1996. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2232/940>>. Acesso em: dez. 2013.

DOMINGUEZ, Bruno. Academia da saúde pública: programa do SUS vai atacar sedentarismo, obesidade e doenças crônicas, ocupando espaço dominado pela iniciativa privada. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 109, p. 12-17, set. 2011. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/109/pdf/radis-109.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ESTEVES, João Victor Del Conti *et al.* O uso de academias da terceira idade por idosos modifica parâmetros morfofuncionais? **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 31-38, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/download/8354/pdf>>. Acesso em: set. 2012.

FALCI, Denise Mourão. **Formação para a atenção primária à saúde: um estudo de caso da turma de profissionais de educação física do curso de especialização em atenção básica em**

saúde da família da UFMG. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop3913.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Miniaurélio**: o minidicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERREIRA, Luiz Alberto dos Santos. **O trabalho da educação física na composição de equipe de saúde mental especializada em álcool e outras drogas**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 865-872, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a18v16s1.pdf>>. Acesso em: mai. 2013.

FERREIRA, Marcos Santos. **Agite antes de usar... a promoção da saúde em programas brasileiros de promoção da atividade física**: o caso do Agita São Paulo. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 207-219, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a22v10s0.pdf>>. Acesso em: mai. 2013.

FERREIRA, Sionaldo Eduardo *et al.* Formação profissional em Educação Física e saúde na Universidade Federal de São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas/RS, v. 18, n. 5, p. 646-651, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/2579/2731>>. Acesso em: abr. 2014.

FRAGA, Alex Branco *et al.* **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. 175 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, 2012.

_____. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FREITAS, Fabiana Fernandes de; CARVALHO, Yara Maria de e MENDES, Valéria Monteiro. Educação Física e Saúde: aproximações com a “Clínica Ampliada”. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 35, n. 3, p. 639-656, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbce/v35n3/09.pdf>>. Acesso em: dez. 2013.

GAUTHIER, Clermont *et al.* **Por uma teoria da pedagogia**: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente. Ijuí: Ed. UNIJUÍ, 1998.

GOMES, Sonia Beatriz da Silva. **Modificações dos níveis de auto-imagem e auto-estima nos acadêmicos de educação física pela aplicação de um programa especial de ginástica postural**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

GÓMEZ, Angel Pérez. Compreender o ensino na escola: modelos metodológicos de investigação educativa. *In*: GÓMEZ, Angel Pérez; SACRISTÁN, J. Gimeno. **Compreender e transformar o ensino**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GONZÁLEZ, Fernando Jaime; FRAGA, Alex Fraga. **Afazer da educação física na escola: planejar, ensinar e partilhar**. Erechim/RS: Edelbra, 2012.

HALLAL, Pedro C. *et al.* Avaliação quali-quantitativa do programa academia da cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 1, p. 104-114, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/761>>. Acesso em: out. 2012.

HENZ, Alexandre de Oliveira *et al.* Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. *In*: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

KASTRUP, Virgínia. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. *In*: CAPOZZOLO, Angela Aparecida; CASETTO, Sidnei José; HENZ, Alexandre de Oliveira (Org.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

KNUTH, Alan Goularte *et al.* Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, 2011.

KOIFMAN, Lilian; HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. A experiência da pesquisa EnsinaSUS. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 161-172, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v5n1/08.pdf>>. Acesso em: set. 2012.

LAMPERT, Janete Barbosa. Autoavaliação dos cursos de graduação da área de saúde na triangulação de métodos: uma construção política. *In*: MARTINS, João José Neves; REGO, Sergio (Org.). **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, 2011.

LEAVELL, Hugh Rodman; CLARCK, E. Gurney. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1976.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 2005.

LUZ, Madel T. Educação física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. *In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. (Org.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 13, n. 1, p. 24-27, 2008.

MARCONDES, Rosana. **As práticas corporais no serviço público de saúde: uma aproximação entre a educação física e a saúde coletiva**. 208 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MARQUIOTO, Adriano da Silva Prado. **Diagnóstico dos fatores ambientais nas academias da terceira idade de Maringá – PR**. Monografia (Conclusão de Curso) - Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: out. 2013.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; p. 39-64, 2001.

MEDEIROS, Roberto H. Amorim de. A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 497-514, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a09v20n2.pdf>>. Acesso em: set. 2012.

MEDEIROS, Maria Angelina da Silva *et al.* Integração Ensino-Serviço-Comunidade Mediada pelo Pró-Saúde/Unifor: possibilidades de implantação de um serviço em atenção farmacêutica. **Caderno FNEPAS**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 28-35, 2011. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v11/artigo3_integracao_ensino_servico.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de**

APS, Juiz de Fora, v. 12, p. 204-213, 2009. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/307/203>>. Acesso em: jul. 2013.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; MEDEIROS, Laís Paula de. O programa de saúde da família em Natal e as atividades lúdicas. *In*: MENDES, M. I. B. de S.; OLIVEIRA, M. V. de F. **Cenários lúdicos em unidades de saúde da família**. Natal, IFRN, 2010.

MENDES, Valéria Monteiro. **As práticas corporais e a Clínica Ampliada: a Educação Física na atenção básica**. 184 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física e Esporte, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENDONÇA, Alisson Marques de. **Promoção da saúde e processo de trabalho dos profissionais de educação física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Londrina, 2012.

MENDONÇA, Braulio Cesar de Alcantara; TOSCANO, José Jean de Oliveira; OLIVEIRA, Antonio César Cabral de. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 3, p. 211-216, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/776/785>>. Acesso em: out. 2012.

MENEZES, Patrícia Nelli Alves Meira. Programa academia da Cidade-Recife: o nobre papel da educação física na atenção básica. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. **Suplemento Revista Intervace: Comunicação, Saúde, Educação**. Interface (*online*), supl.3. Botucatu, 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/1654>>. Acesso em: mai. 2014.

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

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINELLI, Daniela Schwabe; SORIANO, Jeane Barcelos; FÁVARO, Paula Evelise. O profissional de Educação Física e a intervenção em equipes multiprofissionais. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 4, p. 35-62, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/5324/6938>>. Acesso em: dez. 2013.

MONTEIRO, Alberto de Oliveira. **Desporto, da excelência à virtude: um caminho de vida para crianças, jovens e adultos**. Tese (Doutorado) – Universidade do Minho. Instituto de Estudos da Criança. Educação Física e Lazer, Minho, Portugal, 2007.

NUNES, Célia Maria Fernandes. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 22, n. 74, p. 27-42, 2001.

NUNES, Rute Viégas. **Os estágios de docência e a formação de professores em educação física: um estudo de caso no curso de Licenciatura da ESEF/UFRGS**. 110 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Políticas de Saúde no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de (Org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro, Medsi, p. 587-603, 2003.

PASQUIM, Heitor Martins. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, 2010.

PAULO, Camila Milan. **A formação do profissional de educação física e a perspectiva da saúde pública**. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

PEDROSA, Olakson Pinto; LEAL, Andréa Fachel. A inserção do profissional de educação física na estratégia saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 235-253, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/26461/19063>>. Acesso em: mar. 2013.

PICCININI, Aline Martinelli. **Cuidado em fisioterapia: cartografia de usuários do sistema único de saúde no município de Porto Alegre/RS**. 100 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargo. **Docência no Ensino Superior**. 2 Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PINHEIRO, Roseni. Cuidado em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª Ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINHO, Carolina Santos Barroso. **Educação física e saúde: necessidades e desafios nos currículos de formação profissional**. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade de Campinas, Campinas, 2011.

PUNTES, Roberto Valdés; AQUINO, Orlando Fernández; QUILLICI NETO, Armindo. Profissionalização dos professores: conhecimentos, saberes e competências necessários à docência. **Educar**, Curitiba, n. 34, p. 169-184, 2009.

REPPOLD FILHO, Alberto Reinaldo. **A prática da educação física: problemas e alternativas transformadoras na ação educativa e social.** 123 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1988.

ROCHA, Vera Maria da; CENTURIÃO, Carla Hass. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. *In:* FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

ROSA, Isaquiel Macedo da. **Educação popular, integralidade e formação em enfermagem no cenário da extensão universitária.** 119 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SALIN, Mauren da Silva. **Espaços públicos para a prática de atividade física: o caso das academias da melhor idade de Joinville-SC.** 113 f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SALAZAR, Ligia de. Evaluación de Efectividad en Promoción de La Salud. *In:* **GUÍA de Evaluación Rápida.** Colômbia, Cali: CEDETES, Universidad del Valle, 2004. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008DESeva.pdf>>. Acesso em: fev. 2013.

SANT'ANNA, Suze Rosa; HENNINGTON, Élida Azevedo. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, suppl. 1, p. 223-244, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/11.pdf>>. Acesso em: set. 2012.

SANTINI, Joarez. **A síndrome do esgotamento profissional: o “abandono” da carreira docente pelos professores de educação física da rede municipal de ensino de Porto Alegre.** 216 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SANTOS, Lucíola Licínio de Castro Paixão. Dimensões pedagógicas e políticas da formação contínua. *In:* VEIGA, Ilma Passos A. (org.). **Caminhos da profissionalização do magistério.** Campinas, Papirus, p.123-136, 1998.

SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilb. Tecnologias em Saúde. *In:* PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2ª Ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SEPPILLI, Tullio. Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 903-914, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/22.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

SILVA, Alan Camargo *et al.* A Visão De Corpo na Perspectiva de Graduandos em Educação Física: Fragmentada ou Integrada? **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.15, n.3, p. 109-126, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/3036/5581>>. Acesso em: mar. 2013.

SILVA, André Luis Façanha da; OLIVEIRA, Bráulio Nogueira de. A trajetória da educação física no SUS em Sobral-CE: um resgate histórico. **Conexões/UNICAMP**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 193-207, 2013.

SILVA, Antonio Fernando Lyra da; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 371-384, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n45/10.pdf>>. Acesso em: jul. 2013.

SILVA, Rudney da. **O processo de integração da pessoa portadora de deficiência mental no ensino regular municipal de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

SILVEIRA, Andréia (Coord.). **Residência de Medicina do Trabalho**: Programa 2005. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, 2005. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/crest/downloads/residencia_medicina_trabalho.pdf>. Acesso em: abr. 2013.

SILVEIRA, Luiz Henrique Alves da. **Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de residência multiprofissional em saúde, referente ao “contrato didático”**. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SILVEIRA, Flávia Cristina dos Santos Matos. **A formação em educação física e as práticas de integralidade do cuidado na saúde coletiva**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Aracaju, 2012.

SKOWRONSKI, Marcelo. **A sequencialidade nos conteúdos de Educação Física de 5ª a 8ª séries**: um estudo a partir de quatro escolas estaduais de Erechim/RS. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a09v20n4.pdf>>. Acesso em: ago. 2012.

TARDIF, Maurice. Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários: elementos para uma epistemologia da prática profissional e suas consequências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, p. 5-24, 2000. Disponível em: <<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbedu/n13/n13a02.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 13. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

TEIXEIRA, Ivana dos Santos. **“Falando em sedentarismo...”**: um estudo a partir das narrativas de praticantes de caminhadas orientadas em Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

TERRIS, Milton. Public health policy for the 1990s. **Review of Public Health**, v. 11, p. 39-51, 1990.

THOMAS, Jerry R.; NELSON, Jack K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Educação Física. Comissão de Graduação em Educação Física. **Projeto pedagógico do curso de educação física habilitação bacharelado**. Escola de Educação Física, UFRGS, 2012. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/esef/Arquivos/COMGRAD_EFI/ppc_bacharelado.pdf>. Acesso em: abr. 2014.

VASCONCELOS, Liliana; GUEDES, Luis Fernando Ascensão. E-Surveys: vantagens e limitações dos questionários eletrônicos via internet no contexto da pesquisa científica. *In*: SEMEAD, 10., São Paulo, 2007. **Anais**. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/10semead/sistema/resultado/trabalhosPDF/420.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

ZIBETTI, Marli Lúcia Tonatto; SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Apropriação e mobilização de saberes na prática pedagógica: contribuição para a formação de professores. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 247-262, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n2/a05v33n2>>. Acesso em: mar. 2013.

WACHS, Felipe. **A disciplina de higiene na formação superior em educação física**: estudo sobre as funções sanitárias projetadas nos currículos da ESEF/UFRGS entre os anos de 1941 e 2011. 189 f. Tese (Doutorado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

WACHS, Felipe. **Funções sanitárias projetadas nos currículos da educação física**: estudo a partir da disciplina de higiene no ensino de graduação. 189 f. Tese (Doutorado) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – E-MAIL ENVIADO AOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Prezado _____(nome do profissional)

Sou estudante de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano da Escola de Educação Física da UFRGS (Porto Alegre/RS), orientado pelo professor Dr. Alex Branco Fraga.

O tema da minha pesquisa está ligado ao Programa Academia da Saúde, lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde. Tenho como objetivo compreender os saberes que são mobilizados pelo profissional de Educação Física para desenvolver as atividades dentro dos polos do Programa Academia da Saúde. Para visualizar o resumo do projeto acesse:

 **Resumo do projeto de pesquisa de mestrado intitulado: Educação Física e saúde: a mobilização de saberes para atuação nos polos de Academia da Saúde no Brasil.**

Para isso, estou enviando um questionário *online* aos profissionais de Educação Física que trabalham nos polos de Academia da Saúde com o objetivo de verificar a disponibilidade desses em participar do estudo, que se dará de forma efetiva por meio de entrevistas *online* (*Skype, Facebook, Google Talk* ou outra ferramenta *online* que o colaborador julgar mais apropriada).

Caso tenha interesse em participar, segue no link 1 (abaixo) o questionário inicial para que possas acusar o interesse. No link 2 (abaixo) segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que possamos deixar clara nossa intenção quanto à pesquisa e reafirmar nosso compromisso com a total liberdade de desistir da entrevista a qualquer momento e sem gerar qualquer tipo de constrangimento.

Se você responder o questionário e assinar o Termo de Consentimento, demonstrando assim interesse em participar do estudo, posteriormente entrarei em contato por e-mail para marcarmos um horário para a entrevista. A duração é em torno de 30 minutos.

Desde já agradeço pela atenção.

1- QUESTIONÁRIO

<https://docs.google.com/forms/d/1XljEeqogK1BoWcLXFw0whjhu4X5uTINbIt2OmrllQLU/viewform>

2 - TERMO DE CONSENTIMENTO

https://docs.google.com/forms/d/1ojJTBbVy_BlXyU7-PEqUY8UwSFDvb4jpusVt9wDhVsk/viewform

Marcelo Skowronski

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano
Escola de Educação Física - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO ONLINE**QUESTIONÁRIO ACADEMIA DA SAÚDE**

Este questionário faz parte da etapa inicial da pesquisa de mestrado intitulada EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES PARA ATUAÇÃO NOS POLOS DE ACADEMIA DA SAÚDE NO BRASIL.

O trabalho é de autoria de Marcelo Skowronski e orientado pelo professor Dr. Alex Branco Fraga.

Ao preencher e submeter as questões abaixo, você estará automaticamente autorizando a utilização das informações.

Tendo em vista um compromisso ético, suas informações pessoais serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas única e exclusivamente para o contato na segunda etapa da pesquisa.

Caso tenha dúvidas, coloco-me à disposição pelo e-mail <marcelosko@gmail.com>.

Desde já agradeço pela atenção e disponibilidade.

***Obrigatório**

Município onde trabalha na Academia da Saúde *

Estado *

Sexo *

- Masculino
 Feminino

Ano de Graduação *

Pós-Graduação *

- Especialização
 Residência Multiprofissional
 Mestrado
 Doutorado
 Nenhum
 Outro:

A próxima etapa da pesquisa será realizada através de entrevistas online (via Skype, Facebook ou Google Talk). O procedimento para a realização das entrevistas dependerá do retorno deste questionário. Assim, gostaria de saber se tens interesse em participar da segunda etapa da pesquisa? *

- Sim
 Não

Caso tenha respondido SIM na pergunta anterior, por favor informe:

NOME

E-MAIL

Nunca envie senhas em formulários do Google.

Powered by
 Google Drive

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA ONLINE

Entrevista nº:

Data:

Meio virtual utilizado:

Horário de início:

Horário final:

A – Dados do(a) colaborador(a):

Nome:

Cidade:

Estado:

B – Questões gerais:

1 – Fale sobre sua formação profissional.

2 – Comente sobre suas experiências de trabalho na educação física até chegar no polo do Programa Academia da Saúde.

3 – Descreva as características do programa e de seus frequentadores.

4 – Comente um pouco sobre as atividades/intervenções desenvolvidas no polo.

5 – Quais as principais referências que você utiliza para a estruturação das atividades/intervenções no polo?

6 – Fez disciplinas durante a graduação que te auxiliam atualmente no trabalho em saúde?

7 – Qual sua relação profissional com outros trabalhadores da educação física na saúde?

8 – Existe comunicação com outros profissionais da área da saúde para o desenvolvimento das atividades no polo? Se sim, fale como é esta relação.

9 – Como você percebe (potencialidades/limitações) o Programa Academia da Saúde no âmbito da atenção básica em saúde?

10 – Gostaria de acrescentar alguma informação que considera importante?

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você, através do questionário respondido anteriormente, se colocou a disposição para participar, como voluntário(a), da pesquisa EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES PARA ATUAÇÃO NOS POLOS DE ACADEMIA DA SAÚDE NO BRASIL. Se ainda estiver de acordo em participar e após estar esclarecido(a) sobre as informações a seguir, clique no campo "autorizo" ao final deste documento. Caso não tenha mais interesse em participar, você não será penalizado de forma alguma. Qualquer dúvida que ainda persistir poderá ser esclarecida com o pesquisador pelo telefone (51) 8234 1252.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Alex Branco Fraga
Pesquisador participante: Prof. Marcelo Skowronski

Com a implantação a partir de 2011 dos polos de Academia da Saúde, o profissional de educação física passa a ter mais um espaço de atuação dentro do Sistema Único de Saúde. Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo compreender quais os saberes mobilizados pelos profissionais de educação física para desenvolver suas atividades nos polos de Academia da Saúde. Esta intenção visa contribuir para que os profissionais de educação física tenham ferramentas que possam auxiliar em conjunto com a teoria, suas práticas dentro dos serviços de saúde.

O seu consentimento poderá ser retirado se achar conveniente e suas informações não serão mais utilizadas no trabalho. Seu nome em momento algum será colocado no trabalho, apenas suas reflexões. Também não receberás nenhum tipo de pagamento por esta participação.

As entrevistas serão realizadas por meio virtual, sendo posteriormente transcritas e encaminhadas para sua análise. Os riscos em participar de uma entrevista não são maiores do que aqueles encontrados em situações similares, como desconforto ou constrangimento com alguma pergunta específica. Se isso ocorrer, em qualquer etapa da entrevista, poderá solicitar a exclusão da parte específica ou retirar o consentimento sobre a participação neste projeto.

Pesquisador:
Marcelo Skowronski

Comitê de Ética em pesquisa da UFRGS
Fone: 51 3308 3738
E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

*Obrigatório

CONSENTIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO *

Eu,

Esta pergunta é obrigatória

Abaixo autorizando, concordo em participar como colaborador da pesquisa EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE: A MOBILIZAÇÃO DE SABERES PARA ATUAÇÃO NOS POLOS DE ACADEMIA DA SAÚDE NO BRASIL. Fui informado e esclarecido pelo pesquisador Marcelo Skowronski sobre todas as etapas do estudo, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Tenho a garantia de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento. *

- Autorizo
 Não autorizo

Cidade *

Data *

Nunca envie senhas em formulários do Google.