

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**LUANNA CUNHA ROSSETO**

**Educação Física na saúde: desafios e formação a partir dos documentos legais**

Porto Alegre

2013

LUANNA CUNHA ROSSETO

**Educação Física na Saúde: desafios e formação a partir dos documentos legais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. José Damico

**Porto Alegre  
2013**

**NOME DO AUTOR: LUANNA CUNHA ROSSETO**

**Educação Física na Saúde: desafios e formação a partir de documentos legais**

**Conceito Final:**

**Aprovado em.....de.....de.....**

**Banca Examinadora**

---

**Prof. Dr. Alex Branco Fraga – UFRGS**

---

**Prof. Orientador – Prof. Dr. José Geraldo Damico -UFRGS**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais e minha irmã, que estiveram comigo nesses quatro anos, me apoiando, escutando, ensinando e ajudando. Mesmo com certa desconfiança no início por mais uma Educadora Física na família eles nunca deixaram de me dar qualquer apoio e enfrentaram tudo comigo: Leonice, Volmir e Jéssika.

As minhas parcerias de faculdade que entre risadas e palhaçadas sempre estiveram comigo, fazendo a ESEF mais divertida desde o início: Deise, Amanda, Naná e Paula. E as que surgiram no meio do caminho, mas que se tornaram tão importantes quanto: Priscilla, Carolina e Lícia.

Aquela que teve muita paciência para me aguentar nesses últimos meses de TCC, sempre me dando força e me apoiando: Gabriela.

Ao pessoal do futsal feminino, que me ensinou muita coisa nesses longos 4 anos de quadra e que são uma família para mim. Em especial ao meu eterno treinador Jéferson, e aquela parceria que entrou junto comigo na ESEF e que eu posso confiar sempre, Jaqueline.

“Se alguém já lhe deu a mão e não pediu mais nada em troca, pense bem hoje é um dia especial” Mais um dia especial ein, obrigada parceria de todas as horas: Suellen.

Ao meu professor orientador, que acreditou em mim, me acolheu de braços abertos e assinou embaixo nas minhas teimosias: José Damico.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo compreender quais as mudanças propostas para a formação das diferentes profissões da área da saúde e descrever qual a atual situação e os desafios que as políticas de formação ensejam para a Educação Física na direção de obter egressos mais sintonizados com o Sistema Único de Saúde (SUS) para a intervenção no campo da saúde coletiva. Trata-se de uma investigação de cunho qualitativo, caracterizada pela análise documental. Foram analisados três documentos oficiais elaborados pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, e selecionados de fontes primárias. Os documentos selecionados foram: Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), Programa Nacional de Reorientação da Formação do Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde). A partir de leitura desses documentos, foram elaboradas três categorias de discussão abrangendo o tema de formação do profissional na saúde, conteúdos curriculares, e estágios e experiências práticas na saúde. Diante da realidade da formação do profissional da saúde, em especial, da Educação Física concluiu-se que há um esforço por parte de um conjunto de agentes políticos em formular condições de mudanças efetivas em termos de formação para os cursos da saúde. É nessa medida, que ao mesmo tempo em que é saudável o esforço por mudanças nos currículos das universidades, parece existir uma falta de compromissos com projetos pedagógicos que efetivamente subsidiem futuros profissionais para agir a partir da lógica da integralidade.

Palavras-chave: formação em saúde – análise documental – educação física.

## **ABSTRACT**

This study aims to understand what are the proposed changes for the formation of different professions in the health field and describes what is the current situation and the challenges that education policies aspire for the Physical Education toward getting more attuned egress to the Unified Health System (SUS) for the intervention in the public health field. This is an investigation of a qualitative nature, characterized by the documental analysis. Three official documents drawn up by the Federal Government through the Ministry of Health and Ministry of Education were analyzed and selected from primary sources. The documents selected were: National Curriculum Guidelines (DCN), the National Re-Training Program of the Health Professional (Pro-Saúde) and the Program for Health by Labor Education (PET - Saúde). From reading these documents three categories of discussion covering the topic were prepared: health professional training, curriculum content, and internships and practical experiences in health. Faced with the reality of the training of health professionals, in particular, the Physical Education, it's been concluded that there is an effort made by a group of politicians in formulating conditions for effective changes in terms of training in the health courses. In this measure, while it is healthy the stress by changes in the curricula of universities, there seems to be a lack of commitment to the educational projects that effectively subsidizes future professionals to act from the logical completeness.

**Keywords** n : health training - documentary analysis - physical education

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABS – Atenção Básica em Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNAS - Diretrizes Curriculares para os Cursos da Área da Saúde

EFI – Educação Física

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IES – Instituição de Ensino Superior

MEC – Ministério da Educação

MS- Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PEF – Profissional de Educação Física

PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

VerSUS – Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2. REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>13</b>
2.1 O campo da Saúde Coletiva .....	13
2.2 Educação Física inserida na Saúde.....	16
2.3 Perspectivas da Educação Física no SUS.....	19
2.4 Educação Física e formação na saúde .....	22
<b>3. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLOGICOS .....</b>	<b>26</b>
3.1 Aspectos Teóricos.....	26
3.2 Metodologia .....	29
<b>4. ANÁLISE DAS CATEGORIAS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
4.1 Formação do profissional de saúde.....	31
4.2 Conteúdos Curriculares .....	33
4.3 Estágio e experiências práticas na saúde .....	35
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da década de 90, foi promulgada no Brasil a Constituição Federal de 1988, e a publicação da Lei Orgânica 8080/90 dizendo que “saúde é direito de todos e dever do Estado”, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação’ (BRASIL, 1990a). Em seguida instituiu-se o Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual a saúde pública no país é pautada, normatizando seus princípios (universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade), afirmando o direito à saúde da população. Uma das principais consequências da institucionalização do SUS foi e continua sendo as diversas discussões sobre a formação do profissional de saúde, visto que, com o seu surgimento - resultado das novas exigências que os princípios do SUS ensejam - houve transformações que esse novo sistema realizou no atendimento à saúde.

A organização do SUS se deu a partir da Atenção Básica em Saúde (ABS), por incorporar princípios da Reforma Sanitária<sup>1</sup>, “para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde” (MATTA, 2009). A Atenção Básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por estabelecer relações contínuas com a população, devendo buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade dos problemas em saúde, e o fortalecimento da autonomia das pessoas em relação ao cuidado em saúde, estabelecendo relações com o conjunto da rede de serviços (CECCIM, 2004a). Nesta estratégia de Atenção Básica, são formadas equipes multiprofissionais para uma melhor atenção os cidadãos, diferente do modelo anterior chamado de “médico-centrado”, para ser composta por diversos núcleos profissionais, dentre eles a Educação Física (EFI), com seus saberes e práticas.

O art. 27 da Lei Orgânica reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Ensino Superior (IES), e do SUS, com vistas a melhoraria da qualidade do atendimento à população, isto é, há uma preocupação com a qualificação do profissional que

---

<sup>1</sup>A Reforma Sanitária brasileira na saúde iniciou por meio de grupos, conhecidos por Movimento Sanitarista Brasileiro, que ao longo do tempo começou a firmar sua história por meio de experiências de participação popular longe dos grandes centros, criando espaços de construção de cidadania a partir do setor saúde. Foi um processo político e democratizador do setor da saúde conquistado pela sociedade, onde se exigia um novo modelo de saúde para o Sistema Nacional de Saúde, tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e participação social (MACHADO, P.H.B; LEANDRO, J.S; MICHALISZYN, M.S. p. 37-39. 2006).

trabalha ou irá trabalhar na saúde coletiva, visto que, o SUS reconhece que uma de suas fragilidades históricas tem a ver com o descompasso entre suas propostas e conjunto de profissionais que vem das universidades preparado ou desejoso de atuar no setor privado. A partir de tais necessidades, instituiu-se no Ministério da Saúde a criação de departamentos voltados para uma política nacional de formação para os profissionais da saúde que incluiu os polos de educação permanentes; a certificação dos hospitais de ensino; o AprenderSUS, o VerSUS, o PET Saúde, o Pró-Saúde, e as Residências Multiprofissionais. Estas políticas vêm se constituindo como ferramentas importantes na tentativa de qualificar profissionais em sintonia com a proposta do SUS.

Uma das dificuldades que vem sendo timidamente enfrentada tem a ver com o cumprimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os 14 cursos de graduação da área da Saúde (2001). As DCN preveem mudanças significativas nas formações das profissões direcionadas para uma futura atuação no SUS. Mesmo com as diversas estratégias voltadas a uma melhor formação do profissional na saúde, encontramos na graduação da Educação Física, ainda que seja reiteradamente contemplada, certa demora no desenvolvimento de estratégias voltadas para o campo da saúde coletiva, para além de disciplinas pontuais. É possível supor que, com isso, a Educação Física muitas vezes ingressa no SUS sem uma formação adequada, tendo que, em boa parte das vezes, aprender já no cenário de prática profissional.

Diversos autores (CARVALHO; FRAGA; GOMES, 2012) comentam que seria necessária uma mudança no processo de formação dos profissionais, pois ainda vigora, no ambiente formativo da maioria das graduações e pós-graduações, uma visão predominantemente biomédica do processo saúde-doença e uma forma de organização curricular centrada na transmissão de conhecimento, hierarquizado e verticalizado.

A Educação Física tem se feito presente há pelo menos 50 anos no campo profissional da saúde pública brasileira. Suas práticas eram realizadas, inicialmente, no campo da saúde mental, recreações terapêuticas, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. No entanto, essa inserção soava como uma espécie de empréstimo dessa disciplina da educação escolar, pois ainda não era considerada como profissão da saúde e nem estava regularizada, do ponto de vista legal, a trabalhar na área da saúde. A partir de seu ingresso como profissão de saúde e sua regulamentação por lei, deu-se uma ampliação das possibilidades de inserção da EFI na saúde coletiva para outros locais de intervenções. A ampliação de vagas nas residências multiprofissionais juntamente com uma série de concursos públicos prevendo a presença da

EFI parece ter dado um novo impulso aumentando a necessidade de uma formação adequada para estes novos cenários de práticas.

A formação na saúde, referente à Educação Física, apresenta desafios importantes para que ocorra uma grande mudança. Seria necessária uma formação mais voltada pra o Sistema Único de Saúde, se envolver com o meio onde acontece o processo saúde-doença, aprender a dialogar com o usuário e sua família em diferentes situações, e oferecer aos estudantes e professores oportunidades para mergulharem em um contexto real (Feuerwerker, 2008). Para ocorrer essas mudanças, a formação na graduação teria que romper com um conjunto de tradições e encomendas vindas de diferentes endereços. Akerman e Feuerwerker (2006) alertam que a formação focada estritamente no biológico, como é a resultante desse tipo de formação, é insuficiente para a produção de cuidado propriamente dito, lembrando que os hábitos, estilos e condições de vida influenciam o equilíbrio vital das pessoas, e, portanto, seu processo saúde-doença.

Como consequência dessas transformações curriculares, espera-se a entrada no campo da saúde, de profissionais de Educação Física mais qualificados, seguindo as diretrizes do SUS, apresentando um perfil mais condizente com uma perspectiva pautada no princípio da integralidade. Para Ceccim (2002), a necessidade desses profissionais projeta-se, então, sobre a necessidade de pessoal capaz de adequada interpretação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida vigente para compor propostas de intervenção com a participação popular, abertas ao controle social, competentes para o planejamento, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, identificação dos recursos tecnológicos, financeiros e intersetoriais mais eficazes e eficientes para fazer frente às realidades encontradas. Sendo assim a Educação Física ao adentrar oficialmente no campo da saúde passa a ter uma série de desafios de grandes dimensões para conseguir intervir efetivamente nos cenários de prática da saúde coletiva.

É diante desse cenário, em que há uma vontade política, por parte de atores estatais, como o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, bem como, da própria necessidade sentida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de transformar a formação de profissionais que terão como lócus de suas intervenções os territórios assistenciais que este trabalho de conclusão de curso objetiva investigar. Assim tomo como corpus de análise os documentos que apoiam e sustentam tais proposições.

Para tanto, minha pergunta de pesquisa central é: Quais os fundamentos centrais que sustentam as propostas de mudanças nas formações dos cursos de graduações da área da

saúde? Desdobram-se dessa questão central, duas outras: uma primeira em que pergunto: Que desafios estão colocados para o Curso de Educação Física na direção de assumir tais propostas? E uma segunda: Como essas propostas influenciam na formação do profissional da saúde?

Para tentar responder tais perguntas me proponho a realizar uma análise documental em que o corpus de análise se materializa em pelo menos três documentos: Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em saúde, Pró-Saúde e PET-Saúde.

## 2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1 O campo da Saúde Coletiva

A saúde coletiva enquanto movimento surge no Brasil no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, e baseou-se na contestação dos modelos e paradigmas vigentes na Saúde Pública naquele momento histórico, do qual se destacam: o modelo científico, biológico e a assistência à saúde centrada na figura do profissional médico e das tecnologias curativas (CARVALHO, 2012). A Saúde Coletiva se construiu a partir do movimento sanitário brasileiro, que foi um processo político e democratizado do setor da saúde conquistado pela sociedade, que buscava a construção de um novo modelo para o Sistema Nacional de Saúde. Nesse novo modelo, era preterido não apenas ações preventivas, mas também uma reivindicação de maior participação social, sem foco hospitalar, com um sistema público gratuito e com acesso universal.

Nos anos 70 do século passado, o Brasil vivia uma crise econômica, social e política, que redundaram numa ampla crise. Como reações a essa crise os movimentos sociais organizados e os trabalhadores do setor saúde buscaram um novo modelo de saúde, que na época era representada apenas como ausência de doenças e centrado num modelo médico e hospitalar. Foi nessa medida que o movimento sanitário brasileiro reivindicou um modelo de atenção à saúde que fosse tratada de uma maneira mais ampla, com caráter universal, sendo assim acessível e de direito a todos, cabendo ao Estado dar assistência e também investir na formação de recursos humanos. Os anseios dos cidadãos por um melhor qualidade em saúde só foram concretizados com o fim da ditadura militar no Brasil, e com a realização em Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma grande mobilização política e social, exigindo do poder público uma reforma na organização da saúde do país. É durante esta conferência que é elaborado um conceito ampliado de saúde, atingindo diversas esferas da vida da população, sendo ele: “Em sentido amplo, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (BRASIL, 1986).

Esse conceito ampliado de saúde foi assegurado após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e posteriormente a homologação da Lei Orgânica nº 8.080 de 1990, onde foi criado um novo modelo de atenção à saúde no Brasil: o Sistema Único de Saúde (SUS). Este

novo sistema de saúde brasileiro tem como princípios a universalidade de acesso aos seus serviços; atenção baseada na ideia de equidade e integralidade (BRASIL, 1988).

Seguindo os princípios do novo sistema, buscou-se uma maior contemplação da nova concepção ampliada de saúde. Na XI Conferência Nacional de Saúde, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram reiterados, constituindo-se como objetivos para a consolidação do SUS, como também a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, de acordo com a Constituição Federal, de provimento da saúde ao povo (BRASIL, 2000).

A partir da implementação do SUS, não só foi desencadeado um processo de ampliação na quantidade de serviços de saúde, como também na qualidade destes, já que um de seus princípios é o da integralidade da atenção. Tratava-se então de buscar um modelo de atenção primária em saúde que assegurasse a concretização da integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de conforto frente ao modelo convencional vigente (MENDES, 2002).

Sobre a integralidade, ela só é possível se compreendermos cada pessoa como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente, e a sociedade a qual se insere (MACHADO et al, 2007). É importante considerar não apenas uma dimensão do processo saúde-doença quando falamos de integralidade, pois devemos perceber a totalidade das experiências. Levando isso em consideração, todo esse processo gera consequências nas práticas em saúde realizada pelos profissionais que nela atuam não levando em conta apenas seus próprios saberes da sua área de atuação.

A integralidade é um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005, p 129).

Com a integralidade como meio norteador para a atenção em saúde, ela pressupõe uma atuação voltada para o todo, e para que isso aconteça devem-se programar projetos curriculares afinados voltados à saúde coletiva. A integralidade da atenção, então, deve informar o campo das práticas e o de uma formação que dê possibilidade a essas práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Alguns desses projetos voltados para a saúde e que tem uma grande importância curricular são: AprenderSUS, Pró Saúde, e o VerSUS. O AprenderSUS, lançado em julho de 2004, foi elaborado através da articulação entre o Ministério da Educação e Ministério da

Saúde com o intuito de selar o compromisso do SUS com a graduação. Essa nova política tinha como proposta o ensino-aprendizagem do SUS, fazendo com que docentes e estudantes aprendessem o sistema dentro da universidade, conhecendo, compreendendo o trabalho em equipe multiprofissional, e trabalhando em cima da atenção integral em saúde. Seus dois principais objetivos era fortalecer os laços entre instituição de ensino e o sistema de saúde, e uma mudança no processo de graduação de modo a formar profissionais adequados às necessidades de saúde da população e ao Sistema Único de Saúde.

Após algumas mudanças no Ministério da Saúde em 2005, foram elaboradas novas estratégias voltadas à formação para o SUS. Dentre elas o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, Pró-Saúde. Lançado pela portaria interministerial MS/MEC n. 2.101, de 03 de novembro de 2005, o projeto prevê uma reorientação da formação, pautado na habilitação de profissionais aptos para responder as necessidades da população brasileira, e a operacionalização do SUS; criação de mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as IES; incorporação à formação de perspectivas da abordagem integral do processo saúde-doença, e da promoção de saúde; ampliação de práticas educacionais na rede de atenção básica a saúde (BRASIL, 2005). Seu objetivo era de fomentar a formação de graduação de três cursos da graduação: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Em 2007, a portaria interministerial MS/MEC n. 3019 instituiu o Pró-Saúde II, ampliado para os outros 11 os cursos da graduação da área da saúde, entre eles a Educação Física. A inclusão dos cursos, além de estar alicerçada no mesmo princípio que sustenta o trabalho multiprofissional nos serviços, também potencializa as estratégias de reorientação da formação nas universidades (CARVALHO; FRAGA; GOMES, 2012).

Outro projeto importante para que os estudantes conheçam mais sobre as vivências do SUS, é o VerSUS. Desenvolvido pelo Ministério Público em parceria com entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as secretárias municipais da saúde, tem como objetivo oferecer a estudantes universitários vivência e estágios no Sistema Único de Saúde com duração de 15 a 20 dias. Tem como missão promover a integração dos futuros profissionais à realidade da organização dos serviços, levando-se em consideração os aspectos de gestão do sistema, as estratégias de atenção, o controle social e os processos de educação em saúde. O VerSUS pretende tornar presente para os estudantes as ações de condução do sistema de saúde (BRASIL, 2003). Esse programa acontece de uma maneira concreta para que os estudantes interessados em aprender mais sobre o SUS entendam sobre sua existência e suas práticas, voltado para as profissões consideradas da saúde pelas Diretrizes Curriculares

Nacionais, sendo de extrema importância, já que o ensino na graduação sobre o SUS ainda se mostra deficiente.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, homologadas entre os anos de 2000 e 2004, para os cursos da área da saúde, são resultantes de disputas entre as diferentes ideologias, especialmente entre aqueles que defendiam o desenvolvimento das disciplinas em ambientes hospitalares e intramuros das universidades e as concepções daqueles que, assim como indicavam as novas diretrizes, defendiam uma formação voltada para o campo da atuação primária à saúde (ROSSONI e LAMPERT, 2004).

Essas novas diretrizes constituíram uma importante estratégia para mudar a relação do profissional da saúde com o SUS, (exceto para os cursos de Medicina Veterinária, Educação Física, Psicologia e Serviço Social) afirmando que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente do país, o trabalho em equipe e a atenção integral a saúde”. Não vemos a Educação Física nesse contexto, pois a saúde para o campo esta definida com participação na prevenção, promoção e reabilitação (CECCIN; CARVALHO, Y.M; 2006).

Todos esses programas e estratégias descritos representam um avanço nas políticas de formação na área da saúde, e principalmente um desafio para a formação da Educação Física, que sofrerá muitos questionamentos sobre seus métodos de intervenção, suas práticas e seus conhecimentos, estando inserida no campo da Saúde Coletiva.

## **2.2 Educação Física inserida na Saúde**

Os movimentos Eugênico e Sanitário que conformaram a Educação Física como instituição no início do século passado no Brasil podem ser considerados os precursores ideológicos da massificação de um estilo de vida ativo (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005). É possível afirmar, em complemento, que por meio do arcabouço militar com que a Educação Física foi inicialmente ministrada é conformada a tríade que se faz presente na atualidade no imaginário da população e até mesmo de muitos profissionais da área e da saúde em geral (CARVALHO, 2012).

Essa herança militarista mostra o cuidado evidenciado pela aptidão física, amparada por parâmetros fisiológicos que colocam a Educação Física a serviço do combate de doenças crônicas degenerativas. Para Carvalho, Y.M (2003), a Educação Física esteve historicamente voltada para a saúde, de modo geral. Entretanto para uma saúde que se fixa em dados estatísticos, reduz o fenômeno a uma relação casual determinada biologicamente, que

desconsidera a história da sociedade, e que tende a responsabilizar única e exclusivamente o indivíduo por sua condição de vida.

Esse pensamento biológico em saúde realizado pelos profissionais de EFI está mudando concomitantemente com a sua maior inserção na Saúde Coletiva. A visão integral em saúde já está em evidência, onde o olhar biológico passa a ser realizado junto com o olhar social. Os PEF vêm perseguindo maior espaço nas equipes multiprofissionais, atendendo uma lógica centrada nas necessidades do indivíduo de maneira integral, fazendo com que as práticas corporais realizadas façam sentido no âmbito da saúde.

Nesse sentido, a saúde coletiva chama atenção para a necessidade de fazer-se pesquisa, por exemplo, voltada para a atenção primária, direcionada ao serviço básico, de atendimento à população e para educação em saúde, não só para a pessoa, mas também para a comunidade, para a família, na direção da população, das políticas sócias e públicas (CARVALHO Y.M, 2006). Sendo assim, é importante ressaltar como uma tendência de entendimento da relação Educação Física e saúde, a Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde preocupa-se em perceber, de forma crítica, os vários fatores que influenciam a saúde, não se restringindo apenas a questão da prática de exercício físico (DEVIDE, 2002). Outra noção desse conceito é de que a Promoção da Saúde é uma forma de analisar o processo saúde-doença na articulação das políticas e práticas do setor saúde, ampliando as possibilidades de co-responsabilização e co-gestão entre os diferentes autores, instituições e movimentos sociais, na criação de intervenções que contribuam para a efetivação da integralidade do cuidado considerando a diversidade cultural regional dos territórios e comunidades (CARVALHO Y.M, 2006).

Outra relação com a educação física e saúde é a realização de atividade física, visando à promoção da saúde e a melhor qualidade de vida dos cidadãos. Contudo, estamos muito focados na ideia que a mídia e os meios de comunicação nos passam sobre atividade física, onde se é falado que praticar exercícios seria a solução para todos os problemas relacionados à saúde, esquecendo-se de outros fatores que não dependem apenas do indivíduo, fatores sociais muito importantes de serem analisados, isto é, frisar a importância do atendimento integral na saúde.

Nas últimas décadas, com o ‘boom’ da Promoção da Saúde, a EFI teve seu processo de trabalho prioritariamente envolvido com a lógica de superação de inatividade física por meio da chamada “atividade física e saúde”, interpretando o sedentarismo como estilo de vida a ser combatido. Historicamente o processo de trabalho da Educação Física é pensando por

sua atuação em colocar o corpo biológico em movimento. Por movimentar o corpo, a educação física promete saúde (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Uma consequência resultante dessa forma de perceber a relação atividade física e saúde é perceber a saúde como ausência de doenças, sendo este unicamente resultante de benefícios fisiológicos decorrentes da prática individual de atividades físicas e exercício, construindo um conhecimento de que cada pessoa deve fazer sua parte mantendo-se ativa.

Essa responsabilidade do indivíduo pela sua própria saúde se alicerça no argumento utilitarista de tornar a saúde menos custosa para o Estado (BABRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006). Isto é, caso a atividade física fosse oferecida de forma mais consistente à população brasileira, com uma maior participação de profissionais de educação física na Saúde Pública, um aumento no número de programas de promoção da atividade física e uma maior implementação das estratégias bem sucedidas, são iniciativas que podem ser efetivas em concretizar a importância desse comportamento. Outras ações nesse sentido são desejáveis com o objetivo de preservar a saúde da população e como consequência reduzir gastos públicos (BIELEMANN; KNUTH; HALLAL, 2010).

Intervenções voltadas para a responsabilidade individual abrangem uma forma de encarar a adoção de atividade física como hábito de vida, expressando por meio da compreensão de que o indivíduo independente de suas condições socioeconômicas e culturais, enfim, do contexto onde vive, só teria uma escolha, sendo ela tornar-se ativo. Isto é, assumimos um papel de capitalismo na saúde. Iniciar a prática de atividade física pode significar acesso a bens culturais e de lazer, boas condições de moradia, estar devidamente empregado e remunerado, entre outros; Ou pode significar um apelo ao consumismo, já que apresentaria o mercado capitalista como alternativa única para seu alcance (ANDRADE, WIJK, VASCONCELLOS, 2004). Freitas (2007) afirma que o profissional de Educação Física acaba sendo preparado para atuar, predominantemente, com indivíduos e grupos que possuem condições econômicas para pagar pelas suas atividades oferecidas, o que para Andrade, Wiik e Vasconcellos (2004) não deveria ocorrer, já que defendem que a qualidade de vida deveria ser estendida a todos, pois é conteúdo da cidadania, logo direito de todos.

No entanto, a despeito do enfoque hegemônico pautado por um modelo simplista e individualista de se entender a saúde no âmbito da educação física, também ocorre algumas tentativas de aproximação deste campo com a perspectiva da Saúde Coletiva. Nessas abordagens, busca-se uma mudança crítica dos conceitos de saúde coletiva até então usados

na área, buscando inter-relacioná-los com a equidade social, desconstruindo, desta forma, discursos e ações moralizantes (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO; PALMA, 2006).

A partir disso, a educação física passa a modificar seu próprio fazer em saúde. Assim, não mais a aptidão física é o centro das atenções, mas sim a prática cuidadora para com a defesa e afirmação da vida em sua expressão corporal (CECCIM; BILIBIO, 2007).

Isto demanda uma formação profissional alicerçada num currículo pautado pelo eixo da integralidade, que irá considerar o corpo para além de um somatório de fragmentos anatômicos, a saúde ao mesmo tempo social, psicológica e física e as necessidades de população para além de uma perspectiva epidemiológica (DA ROS, 2006, pag.63).

### **2.3 Perspectivas da Educação Física no SUS**

O Sistema Único de Saúde é a maior política de inclusão social do Brasil, pois tem um caráter de política inclusiva, solidária e universal, que acolhe todos cidadãos independente de sua nacionalidade, tornando-se assim um patrimônio cultural brasileiro. Nasceu a partir do Movimento Sanitarista, que se organizou e se consolidou principalmente durante os anos de 1970 e 1980, com parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar, tendo como bandeira principal a defesa do direito cidadão à saúde (CECCIM, 2007). A criação do Sistema Único de Saúde, em 1990, representou um avanço em termos de saúde pública, em especial na atenção básica, uma vez que entre os objetivos da criação do SUS está à tentativa de substituição do modelo tradicional médico-assistencial privado, que tinha o direcionamento centrado na cura da doença, para um modelo que visa, sobretudo, aspectos de promoção, prevenção e reabilitação (HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999).

Com a constituição do SUS e sua regulamentação, referida a Constituição Federal nº 8.080, a Atenção Básica em Saúde tornou-se o principal contato entre os cidadãos com o sistema de saúde. Sua concepção incorpora os princípios do SUS, principalmente de universalidade, descentralização, integralidade e participação popular (MATTA, 2009). A ABS cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por estabelecer relações contínuas com a população, devendo buscar atenção integral e de qualidade, a resolutividade dos problemas em saúde, e o fortalecimento da autonomia das pessoas em relação ao cuidado em saúde, estabelecendo relações com o conjunto da rede de serviços (CECCIN, 2004a).

Tendo em vista a ABS, em 1994 o SUS foi fortalecido pela implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganizar a assistência à saúde e o processo de municipalização dos serviços. Houve uma ampliação importante da ESF, e a

partir de 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incorpora profissões que até então não estavam inseridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Dada à complexidade do trabalho na atenção básica, devido à diversidade dos municípios e da população, espera-se que a união de diversos profissionais de diferentes áreas poderá proporcionar direcionamentos mais amplos, melhorando assim o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Foi através do NASF que a Educação Física teve seu amparo legal. A Resolução nº 287/97 legitimou a Educação Física como uma das profissões da saúde e a inserção do profissional de educação física é assegurada pelo SUS através do NASF, pela Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, que dá a ele inclusive indicativos das atribuições cabíveis a categoria (BRASIL, 2008).

Para colaborar com a atuação do profissional de educação física e suas práticas, foi implementada em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), visando promoção da saúde e a qualidade de vida da população, juntamente com a prática regular de atividade física e práticas corporais.

Dentre as ações específicas definidas pela PNPS, destacam-se aquelas voltadas para as “Práticas Corporais/Atividade Física”. São consideradas ações específicas das práticas corporais/atividade física: Ações de oferta de práticas corporais/atividade física para toda a comunidade; Ações de aconselhamento/divulgação sobre os benefícios das mudanças no estilo de vida; Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros; Ações de monitoramento e avaliação da efetividade das estratégias (BRASIL, 2008).

Estudos evidenciam que a atividade física regular e a adoção de um estilo de vida ativo são importantes para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida. Está associada também a uma melhoria da mobilidade e da capacidade funcional durante o envelhecimento, sendo fundamental incentivar mudanças para a adoção de um estilo de vida ativo (MATSUDO, 2006). Para os autores (PELICIONI MCF; PELICIONI AF; SCABAR, 2012) a importância do profissional de educação física favorecer em seu trabalho a abordagem da diversidade das manifestações da cultura corporal presente localmente bem como das difundidas nacionalmente, procurando fugir do aprisionamento tecnicopedagógico dos conteúdos clássicos da educação física, pois os resultados da adesão da comunidade corresponderão ao nível de adequação das propostas aos costumes e contextos locais.

As práticas corporais podem se tornar, no SUS, um espaço interessante para compor com o cuidado e a atenção em saúde. Dadas as suas características, elas ampliam as

possibilidades de encontrar, escutar, observar e mobilizar as pessoas para que, no processo de cuidar do corpo, elas efetivamente construam relações de vínculo, de corresponsabilidade, relações autônomas, inovadoras e socialmente inclusivas de modo a valorizar e otimizar o uso de espaços públicos na produção da saúde, transcendendo a prevenção de doenças (CARVALHO, 2006). É necessário destacar que o indivíduo mobiliza “junto com seu corpo de ossos e músculos, um corpo de afetos e de expansão da experiência humana” (CECCIM; BILIBIO, 2007).

A EFI envolvendo-se com estratégias de saúde relacionadas ao SUS teria uma contribuição diferenciada, com ações direcionadas à melhoria do estado de saúde e não apenas no tratamento das doenças. Suas intervenções não devem, portanto, restringir-se às patologias, e assim, não deve ser caracterizado como tratamento, mas como um espaço de vivência sobre a saúde, de cuidados com o corpo, podendo servir para alguns como cuidados para suas patologias já existentes, e para os outros servir como promoção à saúde e prevenção de doenças (FREITAS, 2007).

As práticas corporais realizadas no SUS por parte do educador físico se desenvolvem com certa importância. Mas nem sempre será possível realizar tal prática com alguns usuários do SUS. Sendo assim, descartamos o envolvimento da educação física com esses usuários? Não. Os PEF são designados como profissionais da saúde em diversos momentos e para isso usam o campo de conhecimento, que é comum a todos os profissionais da saúde, isto é, a educação física por ter sua cultura ligada ao corpo em excelência não quer dizer que tenha que intervir sempre da mesma maneira. Suas intervenções podem não ser relacionadas ao movimento do corpo como exercício em todos os momentos, pode ser que tenha que intervir por meio de conversa, de oficinas manuais, atividades terapêuticas, entre outras prestações de serviços que visam uma melhora do indivíduo. Segundo Freitas (2007), pensar na Educação Física implica considerar a formação, o profissional que vai refletir sobre o grupo ou indivíduo com o qual interfere, a sociedade nos planos histórico, econômico e cultural para, a partir de então, pensar, elaborar e propor conteúdos e estratégias. Falarmos apenas em atividade física, diz respeito a uma tarefa, com intuito de verificar os efeitos provocados por ela.

Sendo assim, o PEF trabalhando no SUS juntamente com equipes multiprofissionais passa a incorporar novas maneiras de cuidado à saúde, não apenas centrada na doença, mas sim na promoção da saúde. Com essa preocupação centrada no indivíduo e seu histórico, ampliam-se suas estratégias de intervenção em programas do SUS, não se valendo apenas de

práticas corporais e atividades físicas, mas também de intervenções pautadas nas experiências de outros profissionais da saúde. Segundo Ceccin e Bilibio (2007), a Educação Física terá que aprender em atuação os saberes e as práticas de cuidado da enfermagem, de escuta da psicologia, de composição das redes sociais do serviço social, de tratamento da medicina, etc. Tornando-se assim um profissional mais sintonizado com o serviço de saúde, e com um conhecimento ampliado, para agir da melhor maneira possível com o indivíduo.

#### **2.4 Educação Física e formação na saúde**

Com as diversas mudanças que vem acontecendo no sistema de saúde do Brasil nas últimas décadas – a implementação do SUS, da ESF e do NASF, houve uma preocupação na necessidade de mudança na estratégia de formação dos profissionais da saúde. Mudanças curriculares, tendo como objetivo a integralidade, devem propiciar formação multiprofissional que consiga dar conta da complexidade do processo saúde-doença (CARVALHO; CECCIM, 2006). Segundo os mesmos autores citados anteriormente, as diretrizes curriculares nacionais, numa tentativa de superação e também como forma de aproximação com as novas tendências do cuidar, apontam para a necessidade de currículos integrados, que coincide com a necessidade no campo profissional de articular os serviços pelo princípio da integralidade da atenção pautada em equipes multiprofissionais.

As DCN reafirmam a necessidade e o dever das Instituições de Ensino Superior (IES) em formar profissionais de saúde voltadas para o SUS, com a finalidade de adequar a formação em saúde às necessidades de saúde da população brasileira, com foco no indivíduo e buscando sempre um aprendizado permanente. De acordo com Almeida M (2003) o crescente desafio das instituições formadoras é de preparar profissionais para atuar em diferentes níveis do Sistema de Saúde, especialmente na Atenção Básica, conforme preconizam as DCN, ao postular que a formação do profissional de saúde deve estar em consonância com o sistema de saúde do país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e suas capacidades de dar acolhimento e cuidados às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Segundo a mesma autora citada anteriormente, um dos elementos críticos e de absoluta importância ou relevância para a construção do SUS tem sido a inadequação da formação inicial de seus profissionais, no âmbito da graduação, ante as

necessidades sociais de saúde e a ausência de formulação de políticas públicas do setor da saúde que efetivamente dialoguem com a possibilidade de mudança dessa formação.

Essa formação inadequada à saúde está relacionada ao modelo atual de saúde, médico-centrado, e fazendo uma crítica a esse modelo Merhry (2006) faz referência que nele o “usuário –individual e/ou coletivo - deve se tornar um mero objeto depositário de problemas de saúde que só poderão ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitimar”. Para o autor, esse modelo medico-centrado trata todos de forma impessoal, como se as pessoas fossem um objeto e sem compromisso. Os modelos de atenção e de formação parecem não contribuir para uma prática em saúde que considere o outro sujeito de um processo pessoal e social que lhe determina a maneira de ser na vida, e assim, verifica-se poucas e pontuais iniciativas que favoreçam práticas em saúde que respeitem o homem como “ser” bioantropossocial e a doença como um processo que manifesta um descompasso em todos esses fatores (ROCHA; CENTURIÃO, 2007).

Para termos uma melhora na formação na saúde, devemos entender melhor o atendimento por parte do profissional da saúde, e a partir das concepções de saúde fazer mudanças na graduação. Minayo (1998) propõe que a saúde, enquanto questão humana, e existencial se constitui em uma problemática compartilhada por todos os segmentos sociais, sendo para esses uma resultante da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e da atribuição de significados dos referidos segmentos, os quais são levados a pensar, a sentir e agir com relação à saúde, de acordo com as condições de vida e de trabalho que são oferecidas pelo meio no qual estão inseridos.

Essa visão ampliada de saúde nos leva a pensar em um novo modelo de saúde, fortalecendo a ideia de que lidar com saúde requer uma antecipação aos riscos, prática integral, multidisciplinar e multiprofissional, já que esse universo de conhecimento em saúde dificilmente será dominado por um único profissional (ROCHA; CENTURIÃO, 2007). Com isso o profissional da saúde passa a se ater a uma ideia de integralidade de atenção, isto é, uma ampliação e um maior desenvolvimento da dimensão cuidadora em suas práticas, lhes possibilitando tornar-se mais responsáveis pelos resultados das ações de atenção à saúde, e mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença não inscritos no âmbito da epidemiologia e da clínica tradicional (CECCIN; FEUERWEKER, 2004) .

Toda essa ideia de atendimento integral deve ser realizada por todos os profissionais que atuam no SUS e conseqüentemente nas equipes multiprofissionais, entre eles o profissional de educação física.

As possibilidades de intervenção da Educação Física na grande área da saúde, seja na prevenção de doenças crônicas ou agudas, seja na recuperação terapêutica, ou na promoção da saúde não cessa de aumentar. Entretanto, esse crescimento não tem se traduzido, a meu ver, em incorporações equivalentes no Sistema Único de Saúde (LUZ, 2007). Madel Luz (2007), nos deixa claro que a área de atuação do profissional de Educação Física na saúde vem aumentando gradativamente, mas a procura ainda é pouco comparada a sua importância dentro da saúde, sendo causada principalmente pela formação voltada para o lado esportivo e um currículo que não propicia vivências práticas no campo da saúde coletiva.

Desde seus primórdios, os cursos da Educação Física eram voltados ao corpo biológico, úteis e dóceis atendendo as diferentes influências em cada época, ou seja, higienismo, eugenismo e militarismo, e mais recentemente esportivista. Inclusive no caso da Esec/UFGRS e de tantas outras instituições de ensino superior, até os anos 80, a forma de ingresso para o curso incluía uma prova prática para testar as habilidades físicas do concorrente, e só entrava quem estava apto fisicamente. Isso nos mostra a importância que sempre foi dada à aptidão física e a capacidade atlética do indivíduo, e ainda nos dias de hoje percebemos principalmente nas escolas uma preocupação centrada nessas valências. Mocker (1992) reconhece que certos cursos permanecem envolvidos por uma visão reducionista, implementando a defesa do esporte e da saúde individual como justificativas inquestionáveis e unilaterais de seus currículos. Segundo o mesmo autor citado anteriormente, a maioria dos cursos de Educação Física no Brasil reconhece o esporte hegemônico enquanto sinônimo de educação física, fortalece, junto aos futuros professores, a concepção das aulas calcadas, unicamente, no caráter de treinamento, com insistente repetição de gestos motores desportivos.

Bagrichevsky (2007) fala que não pretende menosprezar a tradição que a temática dos exercícios físicos gozam junto à educação física. Entretanto, é complicado aceitar que toda a formação universitária dos professores de educação física ao longo de quatro anos, esteja assentada predominantemente em saberes biológico; é desconcertante conceber esse processo formativo distanciado da incorporação dos movimentos micro políticos da vida, que intelectuais e gestores em saúde coletiva admitem como imprescindíveis nos seus marcos teóricos-metodológicos. Se ignorarmos as perspectivas e deixa-las de lado em propostas

curriculares da educação física, de fato, teremos uma grande perda, sobretudo se a área pretender se inserir de forma significativa nas práticas de saúde do SUS (CAMPOS, 1994; MERHY, 2002).

São poucos os currículos de Educação Física nas universidades brasileiras que tem disciplinas voltadas para o âmbito do SUS. Com o incentivo de programas governamentais sobre os currículos da área da saúde houve um aumento de disciplinas com foco no SUS, mas ainda considerado pouco para uma formação mais qualificada em relação ao campo para o estudante que pretende seguir na área da saúde. As mudanças curriculares acontecendo podem levar a uma aproximação interessante entre o graduando de educação física e a realidade dos serviços de saúde coletiva.

Creio que umas das estratégias fundamentais para diferenciar qualitativamente a atuação desse educador no campo da saúde coletiva seja a ênfase, durante sua formação, da apropriação de caminhos teórico-metodológicos que busquem alternativas ao modelo que enfatiza a saúde como fenômeno *medicalizado*, correspondente apenas ao corpo biológico de cada sujeito (BRASIL, 2005a).

Priorizando currículos que apresentem o tema saúde coletiva, SUS e educação física como eixo norteador podemos assim alcançar aos poucos os objetivos de colocarmos no mercado de trabalho um profissional de educação física que saiba pelo menos o básico sobre saúde coletiva e que já tenha realizado alguma vivência prática dentro do SUS, realizada pela instituição formadora. Segundo Bagrichesvky (2007) propostas de direcionamento político-pedagógico dos projetos de curso de Educação Física seria o primeiro passo. Com isso as graduações passariam a dividir a formação, que hoje é mais calcada no modelo tradicional de atendimento à saúde privada, para um processo mais ligado às necessidades sociais da população em termos de ações sanitárias e cuidado individual do usuário.

A formação deveria, portanto, dotar seus profissionais de noções de políticas públicas, gestão em saúde, instrumentos e configuração de suas instituições para que exerçamos nossas funções enquanto profissionais da saúde. Trata-se de entender as intervenções em saúde enquanto cuidado, capacitando para lidar com as necessidades em saúde em suas totalidades: condição de vida, acesso às tecnologias, criação de vínculos entre profissionais de saúde e usuários e autonomia crescente desses na condução de sua vida (CECÍLIO, 2001). Seria importante, ao formar esses profissionais, considerar que os atos em saúde têm características singulares por acontecer no encontro entre pessoas (MERHY, 1997), e deve ter o foco no indivíduo (AKERMAN; FEUERWERKER, 2006). Esse nível de formação será factível à

medida que combinar metodologias e estratégias que associem conhecimentos e intervenções – vivenciados na esfera dos serviços de saúde pública, incluindo o estímulo às atividades de apropriação, sistematização e produção desses saberes.

As instituições formadoras ao assumir estes compromissos podem promover os meios mais adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Cabem as instituições de ensino superior o mesmo compromisso ético de formar profissionais críticos que tenham condições, inclusive, de interferir sobre a sociedade e sobre o próprio campo de trabalho em saúde no qual estão inseridos (BRAGRICHEVSKY, 2007).

### **3. ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS**

#### **3.1 Aspectos Teóricos**

Minha vivência e experiência no Sistema Único de Saúde (SUS) iniciou-se em março 2013, quando fiz meu estágio não obrigatório na recreação terapêutica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Semanalmente durante o estágio realizávamos seminários referentes à saúde coletiva, SUS, transtornos mentais, patologias e etc. Esses seminários e o trabalho na recreação começaram a me instigar de uma maneira positiva para conhecer mais sobre o Sistema Único de Saúde.

Tenho a lembrança do primeiro seminário, onde falamos sobre SUS, que nos foi perguntado o que significava a sigla, quem o utilizava, e o que nós achávamos do sistema. Tive certa dificuldade para identificar a sigla SUS, respondi que eu não o utilizava, pois tenho plano de saúde, e que achava o sistema uma bagunça. Foi a partir das minhas respostas e das explicações que me foram dadas que passei a me interessar e me encantar pela Saúde Coletiva, mas também concluí que minha formação até então não dava muitos subsídios para conhecermos mais sobre a saúde pública brasileira. Foram poucas disciplinas ao longo desses quatro anos de graduação que me deram alguém informação sobre o profissional de Educação Física na saúde coletiva, sobre SUS, sobre as práticas, enfim, sobre tudo que permeia o campo da saúde.

A política do SUS na Atenção Básica ocorre por meio de equipes multiprofissionais, na busca por saberes e práticas do campo da saúde coletiva, procurando satisfazer as necessidades da população. A partir dessa política e da criação do Programa de Saúde da Família<sup>2</sup> (PFS), em 1994, o profissional de educação física passou a integrar as equipes multiprofissionais de saúde. As equipes multiprofissionais são centradas no cuidado familiar, identificando o processo saúde-doença, fazendo com que os profissionais que ali estão desenvolvam intervenções que vão além das práticas curativas tradicionais. Foram criados também os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), que aliado ao PSF procurou melhorar as intervenções junto às famílias inseridas na comunidade. A resolução nº 287/97 legitimou a Educação Física como uma das profissões da saúde e a inserção do Profissional de Educação Física é assegurada no SUS, através do NASF, pela Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que dá inclusive indicativos das atribuições cabíveis à categoria (BRASIL, 2008). Com isso, a inserção do PEF passa a ter amparo legal.

Há uma série de programas de caráter inovador na atenção a saúde dos usuários do sistema, como PSF e NASF, e esses programas atraem ainda mais o profissional de educação física para a saúde. Assim, espera-se do profissional de educação física uma consciência sanitária, e, além disso, que os profissionais presentes e futuros no campo da saúde tenham em mente uma diferença fundamental de funções quando se trata de saúde coletiva, pois:

Não se trata de ‘treinar’ ou de ‘adestrar’, talvez nem mesmo ‘habilitar’ o corpo dos praticantes para o desempenho de atividades físicas, mas, na maioria das vezes, simplesmente, através de atividade, colocar em contato com o próprio corpo pessoas que jamais se detiveram para ‘senti-lo’ ou ‘ouvi-lo’ como algo seu, vivo, pulsante, com capacidades e limites; trata-lo como a ‘sua casa’ (LUZ, 2007, p 15).

Essa consciência sanitária e a diferença de funções citadas por Luz (2007) poderiam ser iniciadas durante o processo acadêmico caso tivessem no currículo disciplinas voltadas para o conhecimento da saúde coletiva, o que ainda não está bem desenvolvido das graduações. Ceccim e Bilibio (2002) afirmam que os estudos sobre SUS e Saúde Coletiva ocupam lugar de pouco prestígio nas grades curriculares dos cursos de educação física, pois ainda hoje os currículos enfatizam a ideia de corpo biológico a ser submetido ao treinamento físico dentro da graduação, dando muita ênfase ao modelo de corpo ideal, à atividade física intensa e elitizada, e também a um modelo de ensino hegemônico. Segundo Anjos e Duarte (2009), a formação na Educação Física encontra-se em descompasso em relação ao campo da

---

<sup>2</sup> O Programa de Saúde da Família (PFS) foi criado em 1994, e mudou para o nome de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A mudança nominal ocorreu por não se tratar mais apenas de um “programa”, sendo assim hoje é conhecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF).

saúde. Mesmo sendo já considerada uma profissão da saúde, as disciplinas de saúde existentes na graduação focam, na maioria, o trabalho individual e o espaço privado, sendo desenvolvido principalmente nos centros esportivos, clubes e academias (FREITAS, 2007).

Para podermos mudar esse panorama de distanciamento e de descompasso com o campo da saúde coletiva, seria interessante encontramos dentro da graduação programas voltados a saúde no âmbito do SUS, que aproximassem os saberes tradicionais da EFI em relação ao corpo e suas práticas, com os saberes advindos da multiprofissionalidade e do encontro com o usuário.

Há complexidade da nossa área, pois embora seja contemporaneamente situada no campo biomédico, na grande área da saúde, tendo disciplinas básicas comuns a todo este campo, tais como fisiologia e anatomia, partilhando inclusive os quadros epistemológicos (conceitos e teorias) biomecânicos modernos, a educação física é herdeira de um conjunto de saberes e práticas tradicionais ligadas ao treinamento do corpo e/ou seu adestramento, que antecedeu a medicina moderna e a clínica das especialidades (Luz; 2007, p 11).

É nessa complexidade que encontramos dificuldade de inserção e de desfocar desse sentido do corpo biológico, desvendando novas áreas de saberes junto à saúde voltada ao SUS propiciando uma melhor qualificação dentro das universidades para a formação profissional.

De acordo com Mocker (1992), a maioria dos cursos de graduação de Educação Física do Brasil reconhece o esporte hegemônico enquanto sinônimo de educação física, fortalece, junto aos futuros professores, a concepção das aulas calcadas, unicamente, no caráter de treinamento - insistente repetição de gestos motores desportivos.

Atualmente a abertura de novos cursos de Educação Física não passam pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) apesar da resolução nº 350, de 9 de junho de 2005, estabelecer que a abertura de cursos na área da saúde deve seguir uma série de critérios de necessidades sociais, projetos político pedagógicos e relevância social.

O fato da Educação Física, ainda hoje, figurar nas esferas de formulação de políticas públicas e educação no Brasil parece conferir vigência a esse descompasso epistemológico histórico (Bagrichevsky et al, 2007, p 39).

A inserção do núcleo da Educação Física na saúde coletiva está aumentando gradativamente, aderindo às políticas de incentivo que foram criadas pelo governo para pôr no mercado de trabalho profissionais que compreendam o SUS, saibam maneiras diferentes de intervir e que estejam qualificados para tal função. Segundo Bagrichevsky (2007) nos deparamos com um modelo de formação em Educação Física tendencioso e insuficiente, que dificulta a compreensão da realidade social que nos circunda nos micro espaços do dia a dia e ainda insinua, permissivamente, uma visão distorcida da mesma, retratada de influencia dos modismos efêmeros que a mídia impulsiona de forma persuasiva.

A dificuldade na formação pode vir a interferir na realização das práticas desenvolvidas na saúde. Podemos nos deparar com um indivíduo que não pode realizar qualquer tipo de prática corporal, nem se movimentar, sendo assim, cabe ou não cabe ao educador físico trabalhar com esse indivíduo? Vale salientar que os educadores físicos não conseguirão interferir no processo saúde/doença se sua formação e atuação forem alheias ao que “se pensa e se faz saúde”, especialmente no que diz respeito a sua dimensão coletiva, pública e social (ANJOS; DUARTE, 2009). Isto é, o profissional há de ter ferramentas oriundas da Saúde Coletiva para poder atuar, algumas dessas ferramentas têm de ser disponibilizadas no percurso da graduação, com interesse de professores, alunos e da instituição de ensino. Araújo et al (2007) observam que há uma cisão entre os problemas da realidade e a organização disciplinar do conhecimento que orienta a formação dos profissionais de saúde.

Sabendo dessa dicotomia referente a disciplinas de saúde nos cursos de Educação Física no Brasil, com referencia as práticas realizadas pelo profissional, tanto no âmbito de saúde coletiva quanto no SUS, e as transformações que vem ocorrendo para melhorar a formação dos profissionais da saúde, acho importante apresentar e analisar a situação de formação dos profissionais da saúde, com ênfase no profissional de educação física, mostrando os desafios encontrados na formação desses profissionais.

### **3.2 Metodologia**

O estudo realizado é caráter qualitativo do tipo análise documental. Foram analisados três documentos oficiais elaborados pelo Governo Federal através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Os documentos foram selecionados de fontes primárias, produzidos por órgãos oficiais. Foi realizada leitura prévia dos documentos para identificação do tema do estudo.

O estudo documental caracteriza-se como uma fonte de coleta de dados restrita a documentos, escritos ou não, constituindo-se de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento do acontecimento do fato ou fenômeno, ou posteriormente (Lakatos EM, Marconi MA; 1991). A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja apresentando aspectos novos de um tema ou problema (Ludke e André, 1986).

Os documentos selecionados estão de acordo com a proposta de investigação da pesquisa, que tem como tema a formação do profissional de educação física na área da saúde, e as transformações na formação dos profissionais da saúde. A partir destes critérios, foram selecionados os seguintes documentos: 1) Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN); 2) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró- Saúde); 3) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde.

1) Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN):

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Área da Saúde (DCNAS), aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) e homologadas pelo Ministério da Educação (MEC) a partir de 2001, orientam mudanças na graduação dos profissionais de saúde, coerentes com a necessidade indicada pelo Ministério da Saúde de incentivar mudanças na formação em saúde com ênfase na integralidade da atenção.

2) Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde):

O Pró Saúde é um projeto implementado pelo Governo Federal como política de inclusão social, especialmente na Saúde e na Educação. Há um consistente esforço para substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde, sendo este centrado na doença e no atendimento hospitalar.

3) Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE:

É um projeto destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, viabilizando programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como iniciação ao trabalho, estágio e vivências dirigido aos estudantes da área, por meio de pagamento de bolsas.

## 4. ANÁLISE DAS CATEGORIAS E DISCUSSÃO

### 4.1 Formação do profissional de saúde

A formação do profissional de saúde encontra-se em constantes transformações no cenário atual, sendo pautada principalmente por políticas públicas apoiadas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação para uma reorientação na formação desses profissionais. O documento analisado sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) aponta que deveria ser incentivada, nos cursos de graduação, uma sólida formação geral necessária para que o graduando possa vir a superar os desafios do exercício profissional, permitindo variados tipos de formação e habilitação diferenciadas em um mesmo programa de graduação. Isto é, de acordo com o documento das DCN, a formação da graduação deveria contemplar a maioria dos campos de trabalho do profissional, e não se ater apenas em um campo específico da área, para que o futuro profissional possa estar no mínimo mais ambientado com o sistema de saúde brasileiro.

As DCN para os cursos de graduação em saúde sugerem a necessidade de novos perfis profissionais que deem conta da atenção integral à saúde e da gestão de serviços e sistemas, seguindo os princípios do SUS. Esse sentido de integralidade é afirmado nas diretrizes dos 14 cursos da saúde, destacando-se que *a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde*, e alguns cursos destacaram o SUS. Quatro dos quatorze cursos (Veterinária, Serviço Social, Educação Física e Psicologia) não contemplam em suas diretrizes específicas essa afirmação, entre eles a Educação Física, onde sua participação na saúde está definida por reabilitação, prevenção, proteção e promoção da saúde, sem no entanto, mencionar o campo da saúde coletiva e o próprio SUS.

A graduação em Educação Física nas suas diretrizes curriculares vem de certo modo refletindo um avanço fruto do desenvolvimento da área, inclusive em virtude do crescimento da pós-graduação, apesar disso, ainda está muito amparado pelos princípios biológicos do treinamento físico, e pouco de tem falado na graduação sobre saúde coletiva. Assim, de acordo com o documento analisado, seria importante uma formação que abrangesse mais um conjunto de saberes advindo da saúde coletiva.

Um aspecto que parece concorrer para uma mudança tímida na educação física se deve ao fato de que o campo de exercício profissional nos cenários de práticas da saúde coletiva,

ainda que venha crescendo, acaba por disputar espaço com outros campos de atuação profissional mais tradicional, como as escolas, as academias de fitness, os clubes esportivos etc.

Talvez o que precisaria acontecer é uma maior compreensão do objeto da saúde coletiva, ou seja, trata-se de que a área da educação física conseguisse vislumbrar que uma formação mais ampliada a partir da saúde coletiva teria um impacto no fazer deste núcleo profissional em todos os outros territórios de exercício profissional.

Como integradora dos cursos da saúde, a Educação Física se encontra dentro das propostas de mudança para a formação desses profissionais da saúde, sendo orientada pela integralidade. Para que isso ocorra, a integralidade deve estar inserida dentro na formação, sendo necessário que os alunos entendam melhor essa dimensão cuidadora de trabalho em saúde, e assim promovam mudanças na prestação de serviço em saúde à população.

Essa busca pela integralidade na formação em saúde também é vista no documento do Pró-Saúde. O programa visa à reorientação da formação do profissional, e tem como objetivos, além da integração ensino-serviço, uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na ABS.

A integralidade da atenção supõem a ampliação e o desenvolvimento das dimensões cuidadoras na prática dos profissionais de saúde, isto é, os profissionais se encontram mais capazes de acolher, estabelecer vínculos e dialogar com outras dimensões do processo saúde-doença. E para alcançar essa atenção integral à saúde, a atenção básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS. Em todas suas modalidades, a atenção básica deve buscar atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde. Segundo Ricardo Ceccim e Ângela Capozzolo (2004, p. 347):

A integralidade se refere ao reconhecimento da produção de subjetividade; da presença de histórias individuais, coletivas, sociais, familiares e/ou culturais e dos adoecimentos como vivências no andar do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida e que a humanização se refere, pelo menos, à restituição da unidade entre área de humanidades, ciências naturais e efetividade, racionalidade, cognitivo-instrumental e alteridade entre razão e emoção.

Assim, o Pró-Saúde tem a integralidade e atenção básica como base para uma melhor formação do profissional de saúde, promovendo transformações no processo de geração de conhecimento, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população, saindo do modelo historicamente centrado no atendimento hospitalar e na doença, para um modelo mais humanizado com foco maior nas ações de prevenção, e caracterizando-se como um

movimento importante para a reorganização das instituições de ensino superior (IES) na área da saúde.

Seguindo as mudanças de formação para os profissionais de saúde, o PET-Saúde também pretende uma melhor formação aos alunos da graduação em saúde. Tem como objetivo desenvolver novas práticas de atenção e experiências pedagógicas contribuindo para a reorientação da formação e implementação das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da graduação da área da saúde, buscando a satisfação dos usuários do SUS.

Quando me refiro às novas práticas de atenção e experiências pedagógicas voltadas para o SUS, espera-se uma formação mais voltada ao fazer, uma formação mais ativa, indo de encontro com o cenário atual de necessidades da população. Busca-se uma integração entre ensino-serviço-comunidade, fazendo com que o aluno tenha uma mais participação ativa no SUS e junto aos seus usuários.

O PET-Saúde, sendo um programa que parte do interesse do aluno, passa a também orientar para uma formação mais baseada na vivência prática dos cursos da saúde, principalmente cursos como a Educação Física, que tem um ensino precário sobre SUS, e que com a introdução do PET-Saúde busca-se aproximar os acadêmicos de uma série de vivências sobre o assunto, fazendo com que eles possam reconhecer a importância de uma melhor formação para a saúde.

## **4.2 Conteúdos Curriculares**

Muitos dos currículos das graduações em saúde são centrados apenas no corpo biológico do sujeito, medicalizado, com um ensino teórico-metodológico, onde o aluno escuta e aprende, mas que acaba não tendo contato com a realidade do que é passado a ele, e onde não se extrapola novos saberes. As DCN trouxeram opções importantes de mudança para os currículos atuais de saúde, pois propuseram uma maior flexibilidade na organização dos cursos e orientou para um maior compromisso com a sociedade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Como analisado no documento, as DCN contemplam os conteúdos curriculares das instituições formadoras, e com isso as profissões, de forma geral, concordaram com a ruptura do modelo de currículo mínimo obrigatório, que era presente até então, adotando, com as DCN, uma perspectiva mais transformadora.

Essas transformações para serem adotadas dependem de curso para curso. Alguns cursos precisam mudar sua forma de ensino-aprendizagem, focar menos na doença e mais no

indivíduo, sendo mais fidedigno com a realidade, e outros cursos precisam de transformações em seus conteúdos curriculares, onde há falta de disciplinas que abordam o tema de saúde coletiva, como parece ser o caso do curso de Educação Física em boa parte das instituições de ensino superior.

Os cursos de graduação em Educação Física em diversas partes do país estão começando a experimentar aos poucos as mudanças impostas pelas diretrizes curriculares. Já há dentro das universidades disciplinas com foco na saúde coletiva, mas considera-se muito pouco para um curso considerado da saúde. Anjos e Duarte (2009) realizaram um estudo em cima dos conteúdos curriculares de quatro instituições de ensino do Brasil, e constataram que a formação da educação física destoa das demandas impostas pelos serviços públicos, ficando ainda focada em um currículo restrito no biológico, com ênfase na prescrição de exercícios, diagnóstico e avaliação.

A formação tem sido marcada por uma tendência generalista para abranger diversidade da ação profissional; por uma estrutura curricular que beneficia a fragmentação do conhecimento e a valorização de disciplinas de cunho biológico em detrimento do conteúdo disciplinar das Ciências Humanas; e pela ênfase na formação técnico-esportiva (PAIVA et al, 2006, p. 215).

Na tentativa de mudar esse cenário, juntamente com as diretrizes curriculares, o Pró-Saúde também preza uma mudança curricular, e um de seus critérios para seleção da instituição formadora é um esquema curricular claro, isto é, que tenha a saúde como conteúdo curricular e eixo norteador, com mudanças voltadas ao atendimento do SUS. O programa selecionou 19 cursos de Educação Física para desenvolver o objetivo de reorientação da formação, e essa seleção fez com que os conteúdos de saúde coletiva aparecessem mais nos currículos da Educação Física, mas ainda deixa a desejar em função da clareza do esquema curricular desejado, onde o foco no curso ainda não é a saúde coletiva, devido às poucas disciplinas.

Muito do interesse dos alunos na saúde coletiva se desenvolve por meio do PET-Saúde, não só alunos da Educação Física, mas de todos os cursos da saúde. Dentro do PET-Saúde a saúde coletiva e suas práticas são mais focadas, e a relação com outros cursos buscando o atendimento multiprofissional é também realizado. O PET-Saúde espera, a partir dos seus trabalhos, estimular a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país, com isso passa a influenciar a formação acadêmica do graduando, instigando-o a querer se envolver mais com a saúde coletiva, e fazendo com que ele se importe com o currículo oferecido por sua instituição, e assim o

programa acaba influenciando professores e alunos para a formação de um currículo que contemple as necessidades de saúde da população.

Alguns autores (HORA.L.D, ERTHAL, SOUZA, HORA.E.L; 2013), defendem uma adoção curricular baseada em competência, capaz de mudar rapidamente para atender as demandas dos sistemas de saúde, substituindo assim os planos de cursos estáticos, isto é, currículos baseados nas necessidades reais da população, com intervenções e conteúdos reais dentro das instituições de ensino nos cursos de saúde. Bagrichevsky (2007) propõem uma mudança no currículo, onde os programas de formação, que hoje são calcados no modelo tradicional de atendimento à saúde privada, mudem para um processo mais sintonizado com as necessidades sociais da população em termos de ações sanitárias.

Os conteúdos curriculares nos cursos da saúde tem a tendência de se transformarem de acordo com as propostas de programas apresentadas, mas as instituições formadoras são independentes, podendo aderir ou não das propostas curriculares oferecidas a elas.

### **4.3 Estágio e experiências práticas na saúde**

Os estágios realizados pelos alunos dos cursos da saúde são realizados em hospitais, clínicas, postos de saúde e etc, de acordo com os conteúdos curriculares de cada curso e variando conforme o curso. A ideia de formar profissionais de saúde engajados e que conheçam o processo de construção do SUS faz com que a educação e a saúde se aproximem visando à atuação desses profissionais no fortalecimento da atenção à saúde (BUENO; TSCHIEDEL, 2011).

As DCN orientam a quantidade de horas de estágio obrigatório para os cursos considerados da saúde, e que eles devem contemplar o sistema de saúde vigente, realizando o estágio em um local onde consiga aprender e intervir, de acordo com as necessidades de saúde da população. De acordo com o documento analisado, as diretrizes curriculares devem fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão. Sendo assim, o estágio realizado pelo aluno é um meio de colocá-lo diante da realidade na saúde, onde ele tem a pretensão de desenvolver o que lhe foi ensinado na sala de aula como prática de trabalho.

No documento do Pró-Saúde, destaca-se o objetivo da integração ensino-serviço, orientando que o eixo de aprendizado deve ser a própria atividade de serviço. Essas propostas relacionam-se com o grande objetivo do SUS, que é formar profissionais preparados para trabalhar no sistema, promovendo transformações nas prestações de serviço de saúde à

população. As relações estabelecidas entre as instituições formadoras e as práticas devem estar em sintonia, por isso as mudanças na formação dos profissionais da saúde e as transformações curriculares são tão importantes para a hora em que se realiza o estágio, pois é durante a prática dos estágios que o que foi aprendido será avaliado, dando importância à substituição do modelo de aprendizado centrado na doença e no atendimento hospitalar, para outro voltado à atenção básica e a um atendimento mais próximo aos usuários, diferente do hospitalar.

O PET-Saúde também apresenta a ideia de fomentar a integração ensino-serviço-comunidade, buscando uma qualificação/fortalecimento da atenção básica em saúde. O PET-Saúde torna-se, muitas vezes, o primeiro acesso do profissional da saúde com a realidade do SUS. Sendo um programa que disponibiliza bolsa remunerada, é considerado um estágio dentro do âmbito da universidade, com aprendizado teórico do SUS e suas práticas, e também um aprendizado prático, onde os estudantes de todas as áreas da saúde se encontram em determinado local do estágio para a intervenção, podendo assim realizar um trabalho multiprofissional. Essa busca na integração entre ensino-serviço-comunidade faz do programa diferenciado, pois sua relação com a comunidade é muito forte, com intervenções principalmente em posto de saúde, no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Algumas instituições de ensino de cursos da saúde não disponibilizam estágios obrigatórios na área da saúde, como é o caso de alguns cursos da Educação Física, tendo que partir da própria procura do aluno um local para estagiar na área. Essa falta de interesse por parte da instituição em não disponibilizar local de estágio na saúde acaba prejudicando o aluno na hora de atuar, fazendo com que não reconheça esse campo como de sua competência, pois é principalmente durante a graduação que o acadêmico encontra-se mais aberto para novos processos de aprendizagem, e quando concluir o curso, já poderia vislumbrar a perspectiva de atuar no âmbito do SUS. Ribeiro (2001) aponta como estratégia de superação do modelo hegemônico a aproximação entre a formação e o trabalho, contribuindo para a incorporação do trabalho em equipe como forma de trabalho, e a assimilação desse cenário de atuação profissional pelos profissionais de educação física.

As práticas de estágio nos cursos da saúde são consideradas, de acordo com os documentos analisados, estratégias importantes para uma melhor formação do profissional, principalmente pela interação entre ensino-serviço. Pinheiro e Luz (2003) provocam-nos a compreender que é no campo das práticas que as transformações se fazem necessária, e Schaedler (2003) lembra que a legislação do SUS exige novas práticas e que essas não se

fazem sem novas práticas pedagógicas na formação dos profissionais, na educação em saúde, na produção de conhecimento, na educação permanente e na prestação de serviços. Espera-se segundo, Ceccim e Feuerwerker (2004), transformações nas práticas profissionais e da própria organização de trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalhos e suas capacidades de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas e das populações.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu realizar uma análise de três documentos oficiais implicados com a mudança do processo de formação dos profissionais da saúde, com ênfase no curso da educação física, apresentando a partir dessas análises as possíveis estratégias para que ocorram transformações na formação da saúde.

Há uma preocupação por meio das entidades governamentais de criar estratégias para uma melhor formação do profissional da saúde, com uma atenção voltada ao Sistema Único de Saúde (SUS) para que todo o profissional que esteja inserido no SUS encontre-se minimamente familiarizado com sua complexidade de seu funcionamento, conhecedor de um léxico linguístico completamente diferente e típico da saúde coletiva, e ciente dos princípios de integralidade, equidade, universalidade e descentralização que regem e guiam a atuação no campo da saúde.

Foi possível identificar, a partir desse estudo, as dificuldades e desafios que a graduação em educação física apresenta. Mesmo sendo considerada uma profissão da saúde, sua relação com o SUS é ainda distante dentro da graduação de muitos cursos pelo país, onde há falta de conteúdos curriculares voltados para a saúde coletiva, e até mesmo falta de oportunidade para os alunos de terem experiências práticas na área da saúde.

Espera-se que a graduação em educação física mude o cenário atual, fazendo com que seu aluno/profissional passe a conhecer diferentes estratégias de como intervir na saúde de uma maneira coletiva, que entenda o campo da melhor maneira possível e seus diversos meios de atuação, e para que se introduza no campo da saúde coletiva estando qualificado o suficiente para práticas e intervenções.

Conclui-se, a partir desse estudo, que o ensino superior na saúde ainda não se apresenta adequado para contribuir para o fortalecimento do SUS, e necessita de uma urgente articulação entre a formação profissional e a organização do SUS. Há uma necessidade de mudança a partir da formação dos profissionais de saúde, que poderão defender um modelo de atenção à saúde pautada no princípio da integralidade de forma que o relacionamento com o usuário seja estabelecido entre um ou vários profissional(is) e sujeito(s) e não profissional e um objeto.

Seria interessante, como proposta de estudo, que fossem realizadas pesquisas com os cursos de graduação da educação física que participam do Pró-Saúde, em sintonia com as DCN e o PET-Saúde, para ser possível analisar, de uma maneira mais fidedigna, a real situação dos cursos da educação física no âmbito na saúde coletiva.

Nesse sentido de necessidade de mudanças, experiências acadêmicas como o Pró-Saúde e o PET-Saúde tornam-se interessantes para reformular as ações em saúde e orientar, e juntamente com as Diretrizes Curriculares Nacionais, se complementam para uma melhor formação na graduação. Assim, a formação do profissional da saúde deve ter como principal objetivo a integralidade da atenção à saúde, não ficando restrito apenas ao ambiente universitário ou ambiente hospitalar, devendo ter uma interação entre esses dois ambientes onde o graduando possa aprender na prática e praticar aprendendo.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, C.L.; WIIK, C.B.; VASCONCELLOS, M.P.C. **Corpo e cultura e corpo e saúde: análise de suplementos semanais de um jornal paulista.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.3, p.58-67, set/dez. 2004.
- ANJOS, Tatiana Coletto; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. **A educação física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional.** Revista da Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 1127-1144, 2009.
- AKERMAN, M. FEUERWERKER, L. **Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema Único de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?** In: CAMPOS, G.W.S. et al (Org). Tratado da Saúde Coletiva, São Paulo: Hucitec, 2006. p. 183-198
- ARAUJO, D. et al. **Formação de profissionais na saúde na perspectiva da integralidade.** Revista Baiana de Saúde Pública, Bahia, v.31, supl.1, p.20-31, jun. 2007.
- BAGRICHEVSKY, M. **A formação profissional em educação física enseja perspectivas (críticas) para atuação na saúde coletiva?** In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. (Orgs). Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção, Porto Alegre: editora UFRGS, 2007. p. 33-45.
- BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A. **Os sentidos da saúde e a educação física: apontamentos preliminares.** Arquivos em movimento, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.65-74, jan/jun. 2005.
- BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A. **Saúde coletiva e educação física: aproximando campos, garimpando sentidos.** In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A; DA ROS, M. (Orgs). A saúde em debate na educação física – vol2. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.21-44.
- BIELEMANN, R; KNUTH, A.G; HALLAL, P.C. **Atividade física e redução de gastos por doença crônica ao Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Pelotas, v.15, p.9-14, 2010.
- BRASIL, **IX Conferência Nacional de Saúde.** Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL, **Lei Orgânica da Saúde (LOS) - Lei n. 8.080,** de 19 de setembro de 1990a. CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 6ª REGIÃO CRESS/MG. In: Coletânea de Leis. 2. ed. Belo Horizonte, MG, 2003.
- BRASIL. Ministério da Educação, **Conselho Nacional de Educação. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação.** Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de formação e facilitador de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem - análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em saúde. Departamento de Gestão e Educação em saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/FioCruz. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Vivências e Estágios na realidade do SUS – VerSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de janeiro de 2008**. Diário Oficial da União nº43, de 04/03/2008, Seção 1. Fls. 38 a 42.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986 (Anais).

BUENO, D; TSCHIEDEL, R (Orgs). **A arte de ensinar e fazer saúde: UFRGS no Pró Saúde II: relatos de uma experiência**. Porto Alegre: Libretos, 2011. 120p.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. 2ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, F.F.B. **Educação Física e Saúde Coletiva: dialogo e aproximação**. Corpus etScientia, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.109-126, dez. 2012.

CARVALHO, Y.M. **Educação Física e Saúde Coletiva: uma introdução**. In: LUZ, Madel.T. Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades medicas e atividades corporais. São Paulo: Hucitec. 2003.

CARVALHO, Y.M; FRAGA, A.B; GOMES, I.M. **Políticas de Formação em Educação Física e Saúde Coletiva**. Trab, Educ, Saúde, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 367-386, nov. 2012.

CARVALHO, Y.M. **Saúde, Sociedade e Vida: Um olhar da educação física**. Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v.27, n.3, p.153-168, maio. 2006.

CECCIM, R.B; BILIBIO, L.F.F. **Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia inovadora na formação de recursos humanos para o SUS**. In: FERLA, A.A; FAGUNDES, S.M.S. (Orgs). Tempo de Inovação: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Da casa, 2002. p.163-177.

CECCIM, R.B; BILIBIO, LF. **Singularidade da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamentointer profissional**. In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. (Orgs). Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: editora UFRGS, p. 47-62, 2007.

CECCIM, R.B; CAPAZZOLO, Â, A. **Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação.** In: MARINS, J.J.N; REGO, S; LAMPERT, J; ARAUJO, J.G.C. (Orgs). Educação Media e transformação: instrumentos para a construção de uma nova realidade. São Paulo: Hucitec. 2004.

CECCIM, R.B; CARVALHO, Y.M. **Formação e educação em saúde: aprendizado com a saúde coletiva.** In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M. (Orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro; Fio Cruz, 2006.

CECCIM, R.B. Educação **Permanente em saúde: desafios ambiciosos e necessários.** Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-177. set. 2004a/fev. 2005.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. **O quadrilátero de formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65. 2004.

CECCIM, R.B. **Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva.** Bol. da Saúde, Porto Alegre. V.16, n.1, 2002.

CECÍLIO, C.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p.113-126.

DA ROS, M. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil.** In: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A; PALMA, A; DA ROS, M. (Orgs). A saúde em debate na educação física – vol2. Blumenau: Nova Letra, 2006, p.45-64.

DEVIDE, F.B. **Educação Física, qualidade de vida e saúde: campos de intersecção e reflexões sobre a intervenção.** Revista Movimento, Porto Alegre, v.2, n.8, p.77-84, 2002.

FEUERWERKER, L.M.C. **Integração ensino-serviço nas redes municipais de saúde como princípio de gestão.** São Paulo. abril/2008.

FREITAS, F.F. **A educação física no serviço público de saúde.** São Paulo: Hucitec, 2002.

HORA, L.D; ERTHAL, R.M.C; SOUZA, C,T,V; HORA, E.L. **Propostas inovadoras na formação do profissional para o SUS.** Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.471-486, set/dez. 2013.

HORTALE, VA; CONILL, EM; PEDROZA, M. **Desafios na construção de um modelo para análise e comparação da organização de serviços de saúde.** Caderno da Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15, p.79-88, 1999.

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 (Orgs). Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: editora UFRGS, 2007, p.9-16.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa**. In: LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. Fundamentos da metodologia científica. 3º ed. São Paulo: Atlas, 1991. p.195-200.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli, E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Maria de Fátima.A.S. et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do Sistema Único de Saúde – uma revisão conceitual**. Ciência, Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, mar/apri. 2007.

MACHADO, P.H.B; LEANDRO, J.S; MICHALISZYN, M.S (Orgs). **Saúde Coletiva: Um campo em construção**. Curitiba: Ibpx, 2006

MATSUDO, SM. **Atividade Física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento**. Rev. Brasileira. Edu. Física, São Paulo, v.20, n.5, p.135-137, 2006.

MATTA, G.C. **Atenção Primária em saúde**. In: **DICIONÁRIO da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz**.2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 13 de setembro de 2013.

MENDES, EV. **A atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

MERHY, E. **Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida**. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 2006, p.117-160.

MERHY, E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: MERHY, E; ONOCKO, R. (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.

MOCKER, M.CM. **O curso de licenciatura em educação física na Universidade Federal de Santa Maria: suas concepções de ensino e educação física**. Kinesis, Santa Maria, v.9, p.45-56, 1992.

PAIVA, F.S.L. et al. **Formação inicial e currículo no CEFD/UFES**. Pensar e Prática, Espírito Santo, v.9, n.2, p.213-230, jul/dez. 2006.

PELICONI, A.F; PELICONI, MC.F; SCABAR, T.G. **Atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e das diretrizes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. J.Health. SciInst, São Paulo, v.30, n.4, p.411-418, 2012.

PINHEIRO, R; LUZ, M.T. **Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Orgs). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina e Sociedade, Universidade Federal do Rio de Janeiro/ Abrasco, 2003. p.7-34.

RIBEIRO, E.C. **Entre a emancipação e a regulação: limites e possibilidades da avaliação das escolas médicas.** 2001. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Instituto de Medicina e Sociedade, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

ROCHA, V.M; CENTURIÃO, C.H. **Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social.** In: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. (Orgs). Educação Física e Saúde Coletiva: Políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: editora UFRGS, p.17-31. 2007.

ROSSONI, E; LAMPERT, J. **Formação dos profissionais para o SUS e as diretrizes curriculares.** Boletim da Saúde. Porto Alegre, v.18, n.1, jan/jun. 2004.

SCHAEDLER, LI. **Pedagogia cartográfica: a estética das redes no setor da saúde como política cognitiva e ética ao ensino-aprendizagem em coletivos** [Dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Educação, UFRGS, 2003.