

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Fausto David de Carvalho

FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS
NÚCLEOS DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2016

Fausto David de Carvalho

FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS
NÚCLEOS DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Filippina Chinelli

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

C331f Carvalho, Fausto David de
 Formação e atuação do profissional de Educação
 Física nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família
 do município do Rio de Janeiro / Fausto David de
 Carvalho. - Rio de Janeiro, 2016.
 116 f.

 Orientador: Filippina Chinelli

 Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
 Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
 Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
 2016.

1. Formação Profissional. 2. Saúde Pública.
3. Promoção da Saúde. I. Chinelli, Filippina.
II. Título.

CDD 370.113

Fausto David de Carvalho

FORMAÇÃO E ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS
NÚCLEOS DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Dissertação apresentada à Escola Politécnica
de Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 31/05/2016

BANCA EXAMINADORA

(Prof^ª. Dr^ª. Filipina Chinelli, orientadora – EPSJV/Fiocruz)

(Prof. Dr. Alexandre Palma – EEFD/UFRJ)

(Prof^ª. Dr^ª. Monica Vieira – EPSJV/Fiocruz)

(Prof. Dr. André Feitosa – EPSJV/Fiocruz)

*Ao meu eterno amigo
Luiz Antônio de Moura Rocha Filho
que certamente está orgulhoso com a minha conquista,
muita saudade meu amigo, você me faz muita falta.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a toda minha família que sempre me apoiou e contribuiu de forma significativa para a minha formação, em especial aos meus pais, Marina Eulália e Marcos Valério por tanta dedicação e investimento para que esse momento chegasse. As minhas irmãs Fabiana David e Fernanda David que sempre acompanharam de maneira tão próxima, afetiva e amorosa a minha trajetória.

Agradeço aos meus amigos pela compreensão as minhas ausências e conforto durante as minhas angústias. São indescritíveis as lembranças de cada mensagem e ligações me incentivando na conclusão dessa etapa. Em especial a Ana Paula por ser minha amiga de curso e vivenciar comigo cada etapa com as mesmas dificuldades, seu apoio foi fundamental sem sua orientação quanto aos prazos e detalhes do curso tudo seria muito difícil. Marcos Poubel por me alertar sobre a chamada pública do mestrado. Arthur, Dede, Leco, Birou e Dudu e toda a família 51mpatica/UFRJ, sempre juntos e unidos, muito obrigado!

Agradeço também aos meus professores e funcionários da EPSJV/FIOCRUZ que ao longo do meu percurso acadêmico contribuíram para minha formação e me orientaram colaborando para minha formação. Em especial agradeço à Filippina Chinelli pela paciência com meus textos e a forma afetuosa com que me acolheu. Deus sabe o que faz.

Agradeço com muito carinho a todos os participantes dessa pesquisa que cederam seu tempo e mesmo com as dificuldades e possibilidade de desagrado por parte da assessoria de atividade física toparam seguir com a entrevista.

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que eu pudesse concluir esta dissertação.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor,
mas lutei para que o melhor fosse feito. Não
sou o que deveria ser, mas Graças a Deus,
não sou o que era antes”.*

(Marthin Luther King)

RESUMO

A entrada do Profissional de Educação física (PEF) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente com vistas a ampliar e apoiar a Estratégia de Saúde da Família, por meio dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família (NASF), é o ponto de partida dessa dissertação. A integração do PEF passa a ser analisada por meio de sua formação e atuação em programas de atividade física e promoção da saúde que aproximam ESF/Nasf aos programas municipais de Saúde, neste caso, o município investigado foi o do Rio de Janeiro, que através do Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS) se insere o PEF em uma atuação multiprofissional, conciliando atividades coletivas por meio de atividades físicas e atividades multiprofissionais de apoio à gestão e à atenção do Nasf. O questionamento inicial envolve a formação do PEF que historicamente se caracteriza pelo tradicionalismo higiênico, estabelecido no modelo médico-biológico e as novas exigências de atuação no Nasf, que se orienta pela concepção ampliada de saúde com novos eixos de atuação como promoção da saúde, integralidade e a interdisciplinaridade. Ou seja, pretende-se analisar a aproximação e o distanciamento da atuação do PEF, formado na perspectiva biomédica atualmente em vigor nas grades curriculares, das diretrizes propostas nas políticas públicas envolvendo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Nasf. A formação do PEF foi investigada por meio de análise de grades curriculares dos cursos de bacharelado em Educação Física (EF) do município do Rio de Janeiro. Teve como referência pesquisas anteriores e o curso de Bacharelado em educação física e saúde da Universidade de São Paulo por apresentar em seu site oficial seu Projeto Político Pedagógico (PPP) e contemplar em sua grade discussões que envolvem a saúde coletiva, saúde pública, promoção da saúde, além de organização de estágios em unidades básica de saúde. Os resultados apontam para uma lenta organização curricular nos cursos de bacharelado em EF do município do Rio de Janeiro quando comparado a outras experiências no país como o curso de Bacharelado em Educação Física e Saúde da Universidade de São Paulo (USP). Não se encontrou nos sites oficiais menção a programas de estágios no SUS, o que exige uma investigação futura mais detalhada. A Faculdade São José (FSJ) apresentou a grade curricular mais adequada aos assuntos investigados como Saúde Pública, Promoção de Saúde e Saúde Coletiva. Outro aspecto que chamou atenção foi o fato de que os cursos de Bacharelado em Educação Física e Saúde da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e a da Universidade do Ibirapuera (UNIB) se apresentarem no site de buscas do Ministério da Educação (MEC) e MEC, voltados diretamente para a saúde, sinalizando um avanço embora ainda pouco significativo. A atuação profissional foi investigada por meio de entrevistas com 10 PEF atuantes no PACAS. Os resultados apresentam um profissional fragilizado, desvalorizado quando comparado a outros profissionais atuantes na ESF/Nasf, e que ainda carrega conceitos médicos-centrados em sua formação acadêmica.

Palavras-Chave: Formação Profissional; Saúde Pública; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The starting point of this thesis is the entrance of physical education professionals in the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), more precisely in order to broaden and support the Family Health Strategy (Estratégia de Saúde da Família), through the Nucleus of Support to Family Health (Núcleo de Apoio de Saúde da Família). The integration of Physical Education Professionals shall be analyzed through their qualifications and performance in physical activity programs and health promotion that approach Family Health Strategy / Nucleus of Support to Family Health to municipal programs of Health. In this case, the investigated city was in Rio de Janeiro, which gives physical education professionals, through the Carioca Academy Program of Health, in a multi - role, combining group activities through physical activities and cross-curricular activities management support and attention of the Nucleus of Support to Family Health. The initial question involves the qualification of the physical education professionals that is historically characterized by the hygienic traditionalism, established in the medical-biological model and new performance requirements in the Nucleus of Support to Family Health, which is oriented by the expanded concept of health with new lines of action, such as health promotion, wholeness and interdisciplinarity. In other words, we intend to analyze the approach and the distance of the performance of physical education professionals, qualified in the biomedical perspective currently in force in the curricula, the proposed guidelines on public policies involving the National Policy for Health Promotion (Política Nacional de Promoção da Saúde) and the Nucleus of Support to Family Health. The qualifications of physical education professionals were investigated by means of analysis of curricula of bachelor's degree programs in physical education in the city of Rio de Janeiro. Previous research has been used as reference as well as Bachelor's degree in Physical Education and Health at Universidade de São Paulo for having shown on its official website their Pedagogical Political Project (Projeto Político Pedagógico – PPP) and contemplated on its row of discussions involving public health, health promotion, as well as organization of stages in basic health units. The results point to a slow curricular organization in bachelor's degree programs in Physical Education in the municipality of Rio de Janeiro when compared to other experiments in the country as the Bachelor's degree in Physical Education and Health at Universidade de São Paulo. On the official websites no mentions were found concerning internship programs in the Unified Health System, which requires a more detailed future research. Faculdade São José showed the most appropriate curriculum to the subjects investigated, such as Public Health, Health Promotion and Public Health. Another aspect that drew attention was the fact that the Bachelor's degrees in Physical Education and Health of the Federal University of Amazonas, the Federal University of Maranhão and the University of Ibirapuera were shown on the Ministério de Educação (MEC) e-MEC search site, focused directly on health, with improvements but still meaningless. The professional performance was investigated through interviews with ten physical education professionals working in the Carioca Academy Program of Health. The results show a fragile professional, undervalued when compared to other professionals working in the Family Health Strategy / Nucleus of Support to Family Health and still carrying medical-centered concepts in their academic qualification.

Key words: Professional Education; Public Health; Health Promotion.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Distribuição geográfica de Estados contemplados nos Editais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para desenvolvimento de intervenções na área de promoção da saúde (2006-2009) | 47 |
| Tabela 2 – População atendida pela ESF entre 2000 e 2015 | 53 |
| Tabela 3 – Equipes de Nasf no município do Rio de Janeiro de 2009 a outubro de 2015 | 55 |
| Tabela 4 – Números de PEFs atuando nas Acas, Academias cariocas de saúde e total de participantes por AP no município do Rio de Janeiro | 57 |
| Tabela 5 – Distribuição Acas com aparelhos e sem aparelhos por AP | 58 |
| Tabela 6 – Faixa etária dos usuários participantes | 60 |
| Tabela 7 – Distribuição Acas com aparelhos e sem aparelhos por AP. Perfil de risco dos usuários participantes..... | 60 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Marcos legais recentes que tratam a Educação Física na saúde pública no Brasil | 24 |
| Quadro 2 – Responsáveis pelas atividades e seus eixos..... | 50 |
| Quadro 3 – Áreas de Planejamentos e seus respectivos bairros | 52 |
| Quadro 4 – Os profissionais de educação física organizam sua atuação em duas integradas .. | 57 |
| Quadro 5 – Horário de funcionamento e atividades do Programa Academia Carioca da Saúde na CF Olímpia Esteves | 61 |
| Quadro 6 – Diretriz curricular de formação em Educação Física (1987)..... | 75 |
| Quadro 7 – Orientações e aprisionamentos legais em relação às Diretrizes de Formação de Professores (2002) | 76 |
| Quadro 8 – Orientações e aprisionamentos legais em relação às Diretrizes de Formação de Professores (2004) | 77 |
| Quadro 9 – Principais momentos da trajetória da Política Nacional de reorientação da formação profissional em saúde de 2005-2010 | 77 |
| Quadro 10 – Serviços públicos e privados de saúde que tem intervenção do Profissional de Educação Física | 80 |
| Quadro 11 – Comparativo entre o curso de Bacharelado e saúde x Bacharelado em Educação física..... | 82 |
| Quadro 12 – Disciplinas da área da saúde contempladas em cada grade curricular dos cursos de bacharelado em EF pesquisados | 86 |
| Quadro 13 – Caracterização dos entrevistados..... | 89 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Ilustração 1 – Esquema: O programa de 1934..... | 28 |
| Ilustração 2 – Esquema de Organização da Rede de atenção à saúde do SUS | 49 |
| Ilustração 3 – Distribuição das Academias Cariocas de Saúde no município do Rio de Janeiro | 56 |
| Ilustração 4 – Gráfico do percentual de usuários de cada gênero. | 59 |

LISTA DE SIGLAS

ABENEFS – Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde
ACAS – Academias Carioca da Saúde
ACSES – Academia Carioca da Saúde e Envelhecimento Saudável
AP – Áreas de Planejamento
APEF's – Associações dos Professores de Educação Física
ASSAF – Assessoria de Atividade Física
ATI – Academia da Terceira Idade
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD – Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento
BM – Banco Mundial
CAPs – Coordenações de Área de Planejamento
CBM-CEU – Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário)
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CF – Clínica da Família
CONFED – Conselho Federal de Educação Física
CREF – Conselhos Regionais de Educação Física
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNT – Doenças Crônicas não transmissíveis
DANT's – Doenças de agravos não transmissíveis
DSS – determinantes Sociais da Saúde
EF – Educação Física
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FBAPEF - Federação Brasileira das Associações de Professores de Educação Física
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz
FMI – Fundo Monetário Internacional,
FSJ – Faculdade São José
GAT – Grupos de Apoio Técnico
IBMR – Instituto Brasileiro de Medicina e reabilitação
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da saúde

NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana da Saúde
OS – Organizações Sociais
PAB – Piso de Atenção Básica
Pacas – Programa Academia Carioca de Saúde
PACS – programa de agentes comunitários de saúde
PAS – Programa Academia da Saúde
PCAF – Práticas corporais e Atividade Física
PEF – Profissional de Educação Física
PET-Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPSUS – Programa de Pesquisa para o SUS
PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Pró-Saúde – Programa Nacional de Orientação da Formação Profissional
PSF – Programa Saúde da Família
PST – Projeto de Saúde no Território
PTS – Projeto Terapêutico Singular
SF – Saúde da Família
SGETS – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SOE – Serviço de Orientações ao Exercício
SUBPAV – Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFAM – Universidade Federal do Amazonas
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNIB – Universidade do Ibirapuera

UNICAMP – Universidade de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNISAM – Centro Universitário Augusto Motta

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA | 16 |
| 1.2 ALGUNS APONTAMENTOS METODOLÓGICOS | 21 |
| 1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO | 25 |
| 2 EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE NO BRASIL | 26 |
| 2.1 A EF E A DISCIPLINARIZAÇÃO DO CORPO DO TRABALHADOR | 29 |
| 2.2 SAÚDE COLETIVA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E EF | 32 |
| 2.3 A ESTRUTURAÇÃO DO NASF E A APROXIMAÇÃO DA EF ATRAVÉS DAS PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA | 34 |
| 2.4 AS TENSÕES ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS NA SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PEF | 39 |
| 3 O EDUCADOR FÍSICO NOS NÚCLEOS DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS | 44 |
| 3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA COMO CAMPO DE ATUAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NO NASF | 44 |
| 3.2 A ORGANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO COMBATE AOS DCNT | 45 |
| 3.3 O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (PAS) | 48 |
| 3.4 O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 50 |
| 3.5 O PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA DA SAÚDE E SUA APROXIMAÇÃO COM O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 55 |
| 3.6 O NASF E SUAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DE APOIO E ATENÇÃO | 62 |
| 4 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UMA PERSPECTIVA AMPLIADA | 66 |
| 4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL E SUA TRAJETÓRIA NA SAÚDE | 66 |
| 4.2 FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E OS AJUSTES AS NOVAS DEMANDAS DO CAPITAL | 68 |

| | |
|--|------------|
| 4.3 AS COMPETÊNCIAS E CONTEÚDOS CURRICULARES DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE | 73 |
| 4.4 A SAÚDE E AS NOVAS EXPERIÊNCIAS EM CURSOS DE BACHARELADO EM EF NO BRASIL | 79 |
| 4.5 OS CURSOS DE GRADUAÇÃO PLENA (BACHARELADO) EM EF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 83 |
| 5 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO | 87 |
| 5.1 SOBRE A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS | 87 |
| 5.2 SOBRE OS ENTREVISTADOS | 88 |
| 5.3 O QUE DIZEM OS ENTREVISTADOS..... | 91 |
| 5.3.1 Do sonho à realidade na formação profissional..... | 91 |
| 5.3.2 O campo de atuação na saúde..... | 92 |
| 5.3.3 A importância do PEF nas unidades básicas de Saúde..... | 95 |
| 5.3.4 Educador físico: um profissional "resolutivo"..... | 97 |
| 5.3.5 A percepção dos usuários sobre o trabalho dos educadores físicos atuantes no Nasf..... | 99 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 102 |
| REFERÊNCIAS | 104 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E JUSTIFICATIVA

A presente dissertação tem por objetivo analisar a relação entre a formação do Profissional de Educação Física (PEF) e sua intervenção nos serviços de atenção básica do município do Rio de Janeiro, mais especificamente nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf). Partindo da questão norteadora desse estudo -- Qual a contribuição da formação acadêmica na dinâmica de trabalho do PEF atuante no Nasf do município do Rio de Janeiro? - busca-se compreender a integração desse profissional ao campo da atenção básica que procura romper com o modelo médico-biológico e se orienta pela concepção ampliada de saúde que considera a integralidade e a interdisciplinaridade devem ser os princípios norteadores das políticas públicas de saúde. Ou seja, pretende-se analisar a aproximação e o distanciamento da intervenção do PEF, formado na perspectiva biomédica atualmente em vigor nos currículos, das diretrizes propostas nas políticas públicas envolvendo o Plano Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e o Nasf.

O interesse no aprofundamento da relação entre a formação e atuação do PEF no campo da saúde, surge em decorrência de inquietações que me acompanham desde a graduação em Educação Física (EF), cursada na Universidade Federal do Rio de Janeiro, mais precisamente nos últimos períodos no ano de 2008, quando ocorreu alteração na grade curricular e a divisão entre licenciatura e bacharelado. Até então, com a licenciatura plena, havia a possibilidade de uma formação que possibilitava atuação em qualquer segmento da EF. Com a divisão, apenas aos estudantes formados no bacharelado foi permitido atuarem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, as discussões sobre saúde pública, Sistema Único de Saúde (SUS), saúde coletiva e promoção de saúde não parecem suficientemente contempladas no novo currículo, mantendo-se a EF distante do eixo voltado para a integralidade na formação e na atenção à saúde.

Os primeiros passos profissionais, com a entrada no mercado de trabalho, me possibilitaram ampliar esses questionamentos que ganham força nessa dissertação. Compreender as discussões e debates que envolvem as doenças de agravos não transmissíveis¹ (Dant's) na década de 1990, constitui o ponto de partida para o entendimento

¹ Os Dant's são responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade e por cerca de 70% dos gastos assistenciais de saúde no Brasil (BRASIL, 2013, p. 9). Devido a sua importância na elaboração de políticas públicas de promoção da saúde, o Glossário de Promoção da saúde apresenta relacionada a dois agravos de saúde que são os fatores externos e as Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's). Os agravos por causas

da inserção do PEF no serviço público de saúde. Inicialmente discutida por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), objetivando ações que abordam a qualidade de vida através do paradigma promocional, o debate chega ao Ministério da saúde (MS) preso a um olhar fisiológico e com a atividade física distante da discussão social. Quanto a esse período, Carvalho (2006) aponta as questões relativas aos cuidados com o corpo, atividade física e saúde, tendo em vista, as preocupações apontadas pela OMS e OPAS com as doenças associadas a inatividade física e ao modo pela qual as populações atendidas compreendem e incorporam o cuidado.

Os dados epidemiológicos também chamavam a atenção para a ocorrência cada vez mais frequente de hipertensão arterial e diabetes melito na população mundial somada ao estilo de vida moderno, caracterizado pela inatividade física, consumo de cigarros, álcool e outras drogas, e pelo consumo de alimentos com alta quantidade de calorias e baixo teor de nutrientes (BRASIL, 2002a). O combate a essas enfermidades exigia organização e ações que resultassem na alteração nos hábitos de vida da população. Desta forma a atividade física entra em pauta com o “Programa Nacional de Promoção da Atividade Física”, conhecido como “Agita Brasil” de 2002.

O programa empenha-se em reorganizar a atenção aos portadores já diagnosticados e aos segmentos populacionais expostos, em conjunto com estados e municípios (BRASIL, 2002a). Era a primeira tentativa de ações que envolvessem as três esferas de governo. No entanto, o programa apresentava um caráter individualizado de causa-efeito, preso na visão biológica sobre o corpo e distante das discussões que envolviam os ‘determinantes sociais da doença’².

Dando sequência às ações de promoção, surge em 2003 a Secretaria de Vigilância em Saúde com o intuito de implantar ações de prevenção das Dant’s. O documento “A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis” menciona a

externas são definidos como o “conjunto de eventos, intencionais ou não intencionais, que podem ou não provocar lesão ou óbito” (BRASIL, 2013, p. 15). Como por exemplo violência urbana, acidentes de trânsito, quedas, etc. As Doenças Crônicas não Transmissíveis é o “grupo de doenças que se caracterizam por etiologia incerta, múltiplos fatores de riscos, longos períodos de latência, curso prolongado e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais”(BRASIL, 2013, p. 21).

² São fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam o processo saúde-doença (BRASIL, 2013, p. 21). É de fundamental importância para as políticas de saúde pública, na medida em que considera não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também leva em conta o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente. Outro aspecto essencial é que a saúde é pensada positivamente, e não como simples ausência de doença. Tal máxima orienta as políticas de saúde pública a centrar-se em medidas voltadas para a promoção da saúde, mais eficazes e com menor custo que o modelo assistencialista e curativo, pautado pelo conceito de doença.(BADZIAK; MOURA, 2010)

importância do combate às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) tendo em vista a queda da mortalidade e da fecundidade no país, o aumento no número de idosos, particularmente, o grupo com mais 80 anos. E projeta para os próximos 20 anos, a duplicação da população idosa no Brasil, de 8 para 15%. (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, é criada a Coordenação-Geral de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção da saúde, que estabeleceu “políticas promotoras de modos de viver saudáveis”, com foco em ações de enfrentamento ao Dant's como o tabagismo, a inatividade física, alimentação e bebidas alcoólicas (BRASIL, 2011a). A inatividade física trouxe novamente a atividade física para a agenda de debates do MS. Se com o programa “Agita Brasil” de 2002, tinha-se uma ação específica no combate às DCNT's, que não contemplava os determinantes sociais de saúde e focado na dimensão biológica do corpo, em 2006 no governo Lula, com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), passou-se a somar aos debates que envolviam a promoção da saúde no SUS, as práticas corporais. Segundo Lazarotti Filho et al. (2010); Silva et al. (2009); Fraga et al. (2012), as práticas corporais marcam o olhar mais alinhado com as manifestações da cultura corporal e denotam uma crítica à forma de organização da vida contemporânea e seus desdobramentos no corpo, alinhando-se a um olhar humanizado e integral a saúde.

O PNPS se estrutura na necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a promoção da saúde em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2006a, p. 7) e apresenta, no que se refere às práticas corporais/atividades físicas, projetos em conflito de/na EF (MARTINEZ et al., 2013 p. 143). Neste caso, se a atividade física estava marcada pelo biológico e pela relação causa-efeito tradicionalmente defendida nos cursos de EF, as práticas corporais foram concebidas em uma perspectiva humanizada, mais ajustada aos princípios do SUS. A educação física baseada nas práticas corporais busca superar o olhar da saúde-doença na perspectiva individualizada a partir do conceito ampliado de saúde, e a importância de um cidadão autônomo, crítico e participante, corresponsável pela produção da saúde em uma comunidade (BRASIL, 2006a). Discussões que a graduação em EF, de um modo geral se encontra distante.

A inserção do PEF no serviço de atenção básica, ao compor as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), se dá através do PNPS. Entre as atribuições desse profissional se encontra a atuação na rede básica de saúde e na comunidade através das práticas corporais/atividade física (SCABAR et al., 2011, p. 412). Cabe esclarecer desde já que embora a literatura crítica sobre o tema estabeleça distinção relevante entre práticas

corporais e atividade física, sobretudo nos documentos oficiais as duas noções aparecem sempre juntas, conforme se pode verificar na frase acima.

O Nasf é criado através da Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008 com o objetivo de “reorganizar” a atenção básica com o fortalecimento da esfera municipal na gestão do sistema de saúde e o claro movimento de “desospitalização” (FERLA et al., 2013). Desta forma, o PEF entre outros profissionais, de saúde se insere nos serviços públicos de saúde em apoio ao Programa Saúde da Família (PSF). Seu processo de trabalho é baseado em grupos de discussão e planejamentos em espaços coletivos, cuja metodologia de trabalho é conhecida como apoio Matricial³ (BRASIL, 2009b).

Estudos como o de Anjos e Duarte (2009) sobre EF e a Estratégia de Saúde da Família, mostram que as grades curriculares de vários cursos de graduação em EF apresentam-se distanciadas de disciplinas como saúde pública e coletiva. Em nenhuma instituição investigada pelos autores se constatou a prática de estágios, demonstrando a necessidade de analisar a relação entre a formação e atuação desse profissional na rede de atenção que aproxima básica.

Tendo em vista esse cenário e minha formação acadêmica, notei ainda na graduação, uma aproximação do ensino acadêmico ao modelo biológico e um distanciamento de discussões próximas da saúde pública e coletiva com um olhar transformador ao determinante social da doença presente na concepção ampliada de saúde. Essas inquietações me estimularam a buscar o entendimento da relação a formação e atuação desse profissional no campo da atenção básica, tendo em vista as transformações nas políticas públicas de promoção da saúde.

Optou-se por estudar a atuação do PEF no Nasf por ser este um campo de atuação mais recente e em expansão dentro da atenção básica, ressaltando-se que esse profissional se encontra em todas as composições de equipes.

É de se notar que desde que essa expansão resultou também da relação entre o NASF e o "Projeto Academias de Saúde (PAS)" que visa contribuir com equipamentos, pessoal qualificado e orientação em atividade de esporte e lazer para a população (BRASIL, 2011d), reafirmando a intenção do MS no combate a doenças crônicas no Brasil entre 2011 e 2022, com a contribuição da EF (BRASIL, 2011c).

³ O matriciamento é uma metodologia de trabalho complementar aos encaminhamentos, realizados entre os serviços da saúde, através de mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação (DOMITTI, 2006, p. 87). Surge como uma possibilidade de compartilhar saberes e práticas na assistência à saúde, busca reforçar a responsabilização das equipes da Atenção Primária à Saúde.

A política de combate às Dant's tem início no município do Rio de Janeiro em 2009 com a criação do Programa Academia Carioca de Saúde (Pacas), que em 2013 apresentava significativa expansão, presente em 172 UBS, incluindo as Clínicas da Família (CF) (RIO DE JANEIRO, 2013). O Pacas apesar de anterior, trabalha de forma similar ao PAS e tem como perspectivas o aumento da prática regular de atividade física e da efetividade das ações de promoção da saúde na Atenção Básica, além do fortalecimento de ações intersetoriais e a capilarização de conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis, sendo aberto à participação de todos, com prioridade para a modalidade aparelho para pessoas idosas, portadoras de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e excesso de peso (FRAGA et al., 2013).

O Pacas tem como princípios o comprometimento com ESF/Nalf, e as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) e o Sistema único de Saúde (SUS), atuando, portanto, de forma sincronizada com base em protocolos orientados e supervisionados por PEF. O programa não está associado unicamente em equipamentos e sim a toda prática de promoção da saúde e atividade física realizada na unidade de saúde (CARDOSO; OLIVEIRA, 2012)

Tento em vista a importância do PEF e os benefícios que a atividade física proporciona na população e à projeção de expansão das Academias Carioca da Saúde (Acas) no município do Rio de Janeiro, torna-se fundamental acompanhar a formação e atuação do PEF no campo da promoção da saúde no Município do Rio de Janeiro.

Não se pretende com esse estudo ignorar o aspecto multiprofissional que cerca a atuação do PEF e dos demais profissionais presentes na Estratégia da Saúde da Família⁴ (ESF), e suas expansões como Nasf e Acas, visto que eles contribuem para a reorientação do modelo assistencial. Tendo em vista as necessidades atuais da população brasileira, o PEF poderá contribuir não só no contato direto com os usuários, mas principalmente por meio da colaboração em equipe, com os demais profissionais que atuem em conjunto, resultando em uma abordagem distante do “aprisionamento técnico pedagógico” dos conteúdos clássicos da EF.

Estas considerações levaram aos seguintes questionamentos: Como uma disciplina historicamente voltada para uma intervenção estruturada na visão biológica do sujeito poderia, sem conteúdos programáticos e estágios curriculares pertinentes, atuar nas UBS? Profissionais tradicionalmente formados com base no conhecimento biomédico hegemônico teriam condições de intervir com uma visão integral um paciente? O que pensam os

⁴ A ESF, inicialmente Programa de Saúde da Família (PSF), foi criado em 1994, em ampliação ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), instituído em 1991 (FERLA et al., 2013 p. 200).

profissionais de Educação de sua atuação no Nasf? Consideram ter formação adequada para atuar com base nos princípios do SUS? Quais as dificuldades que encontram na sua rotina de trabalho diante das diretrizes do Nasf? Destas questões derivaram o objetivo geral da pesquisa, enunciado no início desta Introdução, e seus objetivos específicos: descrever e analisar a rotina de trabalho do PEF no Nasf em relação com as diretrizes do Nasf; descrever e analisar as grades curriculares do curso de EF em instituições de ensino superior em relação à atuação do PEF no Nasf; identificar e analisar as percepções do PEF sobre sua atuação no Nasf; identificar e analisar as percepções do PEF sobre a relação com as equipes da ESF.

Nessa perspectiva, a dissertação se justifica sobretudo pela necessidade de se aprofundar o conhecimento a respeito da consolidação das políticas públicas de promoção de saúde que operam com a participação, entre outros, do profissional de Educação Física. Apesar de sua crescente importância no cenário das políticas de promoção da saúde, a formação e atuação desse profissional tem sido alvo de poucas pesquisas no campo da saúde. Os estudos disponíveis tratam, de modo geral, da temática da relação entre “práticas corporais” e saúde. A aproximação da EF com a comunidade através de princípios como do acolhimento, da integralidade e da interdisciplinaridade ainda são temas pouco discutidos na formação acadêmica do PEF, da mesma forma que a relação entre um dos principais eixos da PNPS, as práticas corporais/ atividade física, aspectos que também merecem reflexão, tendo em vista sua importância na atenção ao usuário.

Assim, pensar o sentido e as possibilidades da formação e atuação do PEF no campo da saúde pública constitui uma tarefa desafiadora. Alguns trabalhos sobre o tema chamam atenção para tradicionalismo da pesquisa quantitativa em EF, calcado no modelo “cartesiano de ciência”⁵ e focado na dimensão biológica do sujeito, conforme, por exemplo, o estudo de Freitas (2006), “Práticas corporais e saúde novos olhares”. O aprisionamento da EF na esfera biológica também é apontado nas pesquisas de diversos autores como Fraga, Carvalho e Gomes (2013); Martinez et al. (2013); Ferla et al. (2013) e Scabar et al. (2011).

1.2 ALGUNS APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

As informações em que se baseia a análise empreendida nesta dissertação tem caráter eminentemente qualitativo. Segundo Minayo (2010, p. 22), a pesquisa qualitativa:

⁵ O modelo cartesiano de ciência é representado pela concepção que dicotomiza corpo e mente supervalorizando a coleta de dados e reduzindo a ação humana no mundo (KOYRÉ, 1992). O sujeito como objeto de pesquisa acaba restrito a esfera biológica.

responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Os dados quantitativos que aparecem em várias tabelas e gráficos foram adicionados de forma complementar para tornas mais claras e densas determinadas partes do texto. Isso não significa que se sobrevaloriza as informações de caráter qualitativo, mas sim que elas parecem ser mais significativas para a consecução dos objetivos desta dissertação. A respeito vale mencionar Besson (1995, apud DRUCK, 2011, p. 39):

O fetichismo estatístico nasce da confusão do índice com a realidade. Ele infecta constantemente não só os 'quantitativistas', mas também numerosos 'qualitativistas'. Os primeiros acreditam; os segundos, não; os dois desconhecem as condições da produção da estatística, o caráter normal e inevitável das convenções, das contingências, dos fluxos que a acompanham. Os primeiros não querem vê-las; os segundos, quando as percebem, fazem de tudo para rejeitar as estatísticas; os dois dividem a mesma concepção absolutista do conhecimento.

Esclarecida a esta questão, cabe ressaltar que a pesquisa tem como ponto de partida quando seu objeto se torna claro ao pesquisador, de onde se derivam os procedimentos metodológicos que nortearão a coleta de informações e sua posterior análise. Portanto, seguindo Minayo (2010), a procura pelas informações se iniciou com o que ela denomina de "fase exploratória" que consistiu na delimitação do objeto, na elaboração das questões que orientaram o trabalho, na escolha dos conceitos e nos procedimentos metodológicos, culminando com a construção do projeto de pesquisa, submetido em seguindo ao Comitê de Ética da EPSJV e posteriormente ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde, tendo aprovado em ambos.

A primeira etapa pesquisa consistiu em um levantamento bibliográfico que cobriu livros, coletâneas e revistas acadêmicas impressas e *on line*, e à localização de documentos públicos relativos ao tema e aos objetivos do trabalho, procedimento que não se esgotou nessa fase, acompanhando toda a elaboração da dissertação.

A consulta à literatura pertinente em parte aqui mencionada, contribuiu para identificar os conceitos e categorias utilizados na dissertação. A pesquisa de Anjos e Duarte (2009) permitiu apreender de forma mais densa a importância da ESF no âmbito do SUS e conceitos como saúde coletiva, saúde pública, práticas corporais e atividade física, além de possibilitar a análise da formação do PEF e sua atuação nos serviços públicos de saúde. No que se refere às tensões entre práticas corporais e atividade física no campo da saúde foi incorporada principalmente a perspectiva de Damico e Knuth, (2014) que discutem os interesses de grupos

acadêmicos que defendem um ou outro termo indicando, conforme se verá adiante, diferentes posicionamentos políticos sobre a formação profissional e o exercício da profissão no âmbito do SUS. Sobre a atuação do PEF no Nasf destacam-se Scabar et al. (2012) que além de tratarem de questões relevantes à dissertação, trazem numerosa bibliografia, parte da qual foi visitada com vistas à redação deste trabalho.

No campo da formação em saúde destaco as pesquisas de Dias et al. (2013) que apresentam a trajetória das políticas nacionais de formação profissional em saúde no SUS; Pereira (2014), que trata da estruturação curricular de diferentes cursos de EF; e dois dos trabalhos de Nozaki (2004; 2015), que trata da EF durante o período do ajuste neoliberal promovido pelo Estado a partir dos anos de 1990, adotando uma postura crítica ao exercício seu exercício norteado pelo conceito de atividade física.

A bibliografia consultada permitiu, enfim, reconstruir constituição da educação física brasileira enquanto campo disciplinar autônomo, a regulamentação do exercício profissional e a ordenação da formação em nível superior, além da histórica relação entre este campo e o da saúde.

No que se refere aos documentos, cabe mencionar que foram tratados sobretudo como importantes fontes para se traçar o percurso da relação entre educação física e saúde na primeira década dos anos 2000, segundo a perspectiva das políticas públicas de promoção da saúde e atividade física, aí incluídos a criação, estruturação e funcionamento do Nasf e sua aproximação com as populações atendidas. O trabalho de Martinez (2014) que trata de documentos que abrangem o período que vai de 2005 a 2012, contribuiu de forma decisiva para a análise dessas questões (**Quadro 1**).

| Título da publicação | | Instituição responsável | no |
|----------------------|---|---|-----|
| 1 | A Vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro: situação e desafios atuais | Organização Pan-americana da saúde | 005 |
| 2 | Política Nacional de Promoção da Saúde | Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde | 006 |
| 3 | Diretrizes do Nasf | Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica | 009 |
| 4 | Portaria nº719 que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | 011 |
| 5 | Plano de ações estratégicas e investimentos para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil (2011-2022) | Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise da situação de saúde | 011 |
| 6 | Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil | Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de análise de situação de saúde | 011 |
| 7 | Secretaria de Vigilância em Saúde: Agenda estratégica 2011-2015 | Secretaria de Vigilância em Saúde – Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento | 011 |
| 8 | Glossário Temático Promoção da Saúde: projeto de terminologia da saúde | Secretaria Executiva e Secretaria de Vigilância em Saúde | 012 |

Quadro 1 – Marcos legais recentes que tratam a Educação Física na saúde pública no Brasil

Fonte: Martinez, 2014, p. 120.

Foram ainda consultadas nos respectivos *sites* institucionais, as estruturas curriculares de cursos de graduação em educação física de diferentes universidades públicas e privadas com o objetivo de verificar se eles, de alguma forma, apresentam conteúdos voltados para uma formação que contemple a formação e atuação do profissional em educação física no campo da saúde, perspectiva aberta, sobretudo com o seu reconhecimento como profissão da saúde.

Partiu-se do pressuposto de que "o campo social não é transparente e tanto o pesquisador como os atores, sujeitos-objeto da pesquisa interferem dinamicamente no conhecimento da realidade" (MINAYO, 2014, p. 203) e tendo em vista que a pesquisa tem entre seus objetivos detectar e analisar as percepções do PEF sobre sua atuação no Nasf, sobre as relações entre seus membros e com as equipes da ESF, pretendia-se realizar trabalho de campo abrangendo observação do trabalho dos PEF no Nasf e a realização de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de educação física. Entretanto, a observação não foi possível devido a dificuldades de acesso aos profissionais do Nasf, embora tivesse a autorização para entrevistá-los e observar sua rotina de trabalho.

As entrevistas semi-estruturadas guiadas por roteiro previamente estabelecido foram consideradas adequadas aos propósitos dessa dissertação, uma vez que permitem estabelecer com o entrevistado em diálogo mais aberto que possibilita inclusive captar informações não

previstas, mas que podem se revelar do mesmo modo importantes na análise a ser empreendida. Com isto se quer dizer que o ponto de vista dos entrevistados é uma dimensão fundamental na análise da realidade estudada.

Foram grandes as dificuldades de obter a adesão de profissionais às entrevistas, alguns por medo da Assessoria de Atividade Física do município, possivelmente pela instabilidade da relação de trabalho. Outros não se sentiram à vontade para falar do programa por terem quando da entrevista ingressado havia poucos meses no Nasf. Acabaram sendo entrevistados 12 profissionais, representando um percentual de 9,6% do total de 104 PEF (RIO DE JANEIRO, 2015), aos quais foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que todos assinaram. Entretanto dois profissionais, ainda assim, desistiram de participar da pesquisa.

1.3 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A dissertação está dividida em quatro capítulos, além da Introdução e das Considerações finais. O primeiro -- **Educação física e saúde no Brasil** -- trata da aproximação entre a Educação Física e a saúde no Brasil, abordando a questão da EF com a disciplinarização do corpo do trabalhador, a saúde coletiva, a promoção da saúde e as tensões entre as concepções de atividade física e práticas corporais. O segundo, com o título **O educador físico nos Núcleos de Apoio da Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Bases históricas e conceituais**, aborda as políticas públicas e o campo de atuação do educador físico no Nasf e os Programas Academia da Saúde e Academia Carioca de Saúde. O terceiro, intitulado **Formação do Profissional de Educação Física em uma Perspectiva Ampliada**, historiciza a formação do PEF e estruturação dos cursos de bacharelado em EF e sua aproximação relativa com o campo da saúde. Finalmente o quarto capítulo analisa as entrevistas realizadas com PEF do município do Rio de Janeiro, com destaque para a percepção desses trabalhadores sobre a formação universitária recebida e trabalho que desenvolvem nos Nasf.

2 EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo trata da construção da relação entre EF e saúde no Brasil, considerando que ambas se estruturaram historicamente como campos distintos. Esta afirmação não é, porém, consensual. Gaya (1989) acredita que EF necessitou escorar-se em algum campo científico consolidado, comportando-se como um “parasita de corpos de conhecimentos já estruturados”, consolidando-se, conforme o autor, como um “subsistema”, o que teria dificultado a definição do seu papel social. Essa perspectiva conduziu às seguintes indagações: Seria realmente a EF um campo distinto da medicina? A relação entre ambas surge apenas por uma carência de base científica da EF ou seu papel social leva a essa aproximação?

Betti (2005, p. 193) aprofunda a discussão afirmando que, apesar de a Educação Física ser uma área acadêmica já instituída na universidade, isso não quer dizer que ela é, em si, uma ciência, visto que conforme Caparroz (2007, p. 22), com base em autores como Oliveira (2006), Gaya (1994), Bracht (1989; 1995), Santin (1995) e Ghiraldelli Junior (1995), afirma ter dúvidas sobre sua delimitação como área autônoma, visto que para ela autor, contribuem diversos outros campos científicos.

Compreender o que os autores mencionados apontam como carência da EF no que se refere a uma base científica própria, requer tratar da medicina como primeiro campo científico regulamentado no Brasil. Segundo Lima (2013), até metade do século XIX, os ofícios dos trabalhadores no Brasil se caracterizavam como artesanais e manufactureiros. Estando a medicina a cargo dos “praticantes da arte de curar”⁶. Esse cenário começa a mudar com a vinda da família real para o Brasil em 1808 quando foi criada a primeira faculdade de medicina na Bahia. Esse aspecto, somado ao reconhecimento social que alcançou, tornou auxiliares as demais profissões ligadas a saúde⁷:

O processo de imposição da medicina como verdadeira ciência e dos médicos como legítimos representantes, que buscam exercer o poder institucional e o controle do processo de trabalho dos seus praticantes, vai configurando a divisão social e técnica

⁶ Os praticantes da arte curar eram índios e escravos que exerciam nos três primeiros séculos da colonização (XVI-XVIII) ofícios na área da saúde como parteiras e sangradores. (LIMA, 2013, p. 53)

⁷ A enfermagem foi a segunda profissão regulamentada na área da saúde no Brasil, em 1923. A necessidade de força de trabalho hospitalar e a iminência da segunda grande atraíram investimentos americanos no Brasil, resultando na vinda de enfermeiras norte-americanas que, através da Fundação Rockefeller, organizaram a Escola de Enfermeiras futura Escola de enfermagem Anna Nery (LIMA, 2013, p. 72).

do trabalho hospitalar com isso criando o trabalhador coletivo, ao mesmo tempo em que transforma as outras práticas em profissão auxiliar”. (LIMA, 2013, p. 61).

É inegável a importância da medicina na organização social brasileira, o que explica sua vanguarda e influência como campo científico. Conforme aponta Luz (1982, p. 33), a medicina “proporá, através de seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo” (LUZ, 1982, p. 33). No século XX, a medicina se impõe como a principal profissão responsável pela saúde e se aproxima de aparelhos de estado como escolas, hospitais e igrejas (LIMA, 2013, p. 60). Conforme Souza Neto et al. (2003, p. 2), as práticas corporais tiveram início quando "os primeiros grupos de colonos, imigrantes, militares, em diferentes partes do país, começaram a se estruturar em atividades a formação corporal ou a disciplina" de indígenas e escravos. Mas foi somente a partir das últimas décadas do século XIX que a EF começou a ser praticada como ginástica nos primeiros níveis de ensino, influenciada pela medicina, sob a orientação de militares (OLIVEIRA, 2006) que fundaram em 1933 a Escola de Educação Física do Exército, após iniciativas anteriores como a “Escola de Preparação de Monitores da Marinha – 1925; e no próprio Exército, com o Centro Militar de Educação Física, 1922, 1929” (SOUZA NETO et al., 2004, p. 113).

A organização da EF como campo disciplinar tem início nos anos 1930, surgindo à época as primeiras tentativas de formação profissional sistematizada, "identificada no trabalho desenvolvido pelos **mestres de armas, instrutores, treinadores**, assim denominados em função do seu escalão de origem" (SOUZA et al., 2003, p. 30). O primeiro programa de formação de civis na área foi criado em 1931 para o do curso da Escola de Educação Física do Estado de São Paulo (SOUZA et al., 2003, p. 30), implantado em 1934. Nele já se nota a relação da EF com a área da saúde que até hoje se mantém (**Ilustração 1**).

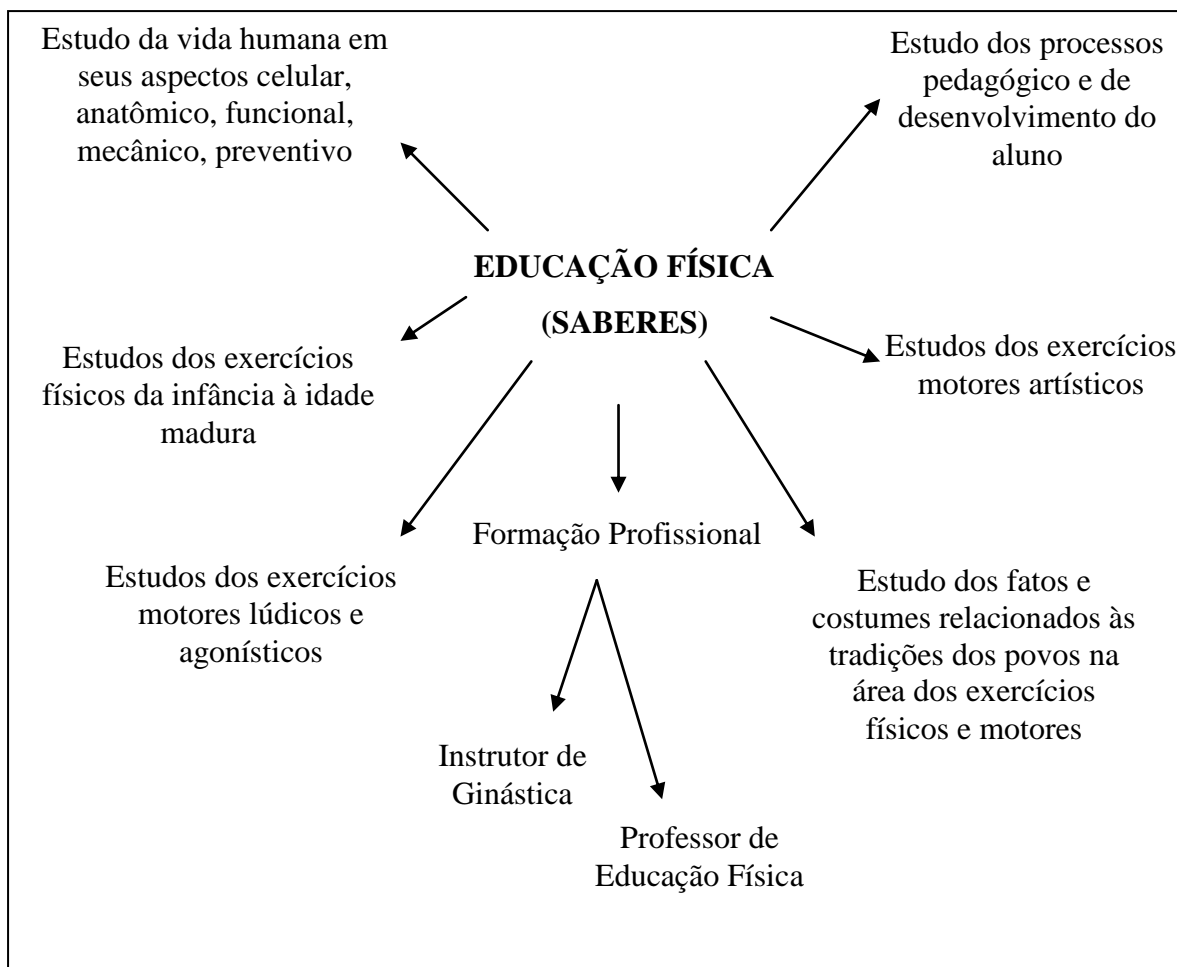


Ilustração 1 – Esquema: O programa de 1934

Fonte: Adaptado de Souza et al., 2003, p. 3.

Oliveira (2006, p. 65), afirma que existe uma dívida da EF para com a medicina, tendo em vista que adquiriu “status profissional” graças à incorporação de conhecimentos sobre anatomia, fisiologia e outras disciplinas afins. E não é por acaso que até a década de 1980 “40% do currículo dos cursos superiores de EF eram compostos por disciplinas biomédicas” (OLIVEIRA, 2006, p. 65).

A aproximação entre a EF e a área da saúde, ocorre formalmente em dois momentos: com o parecer 218/97 do Conselho Nacional de Saúde, que incluiu em 1997 a Educação Física entre as profissões da saúde em área de conhecimentos específicos para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde (MARTINEZ, 2014). O segundo momento é marcado pela Lei nº 9696/98 que regulamentou a EF, definindo um novo olhar para a área de conhecimento, ampliando a profissão ao conferir-lhe mais visibilidade tanto social quanto acadêmica (BENEDETTI; BORGES, 2014).

No entanto, a aproximação da EF com a Saúde pública consolidou-se com o ingresso mais formal e sistemático da EF nos serviços públicos de saúde por meio de políticas públicas

de promoção de saúde e atividade física nos anos 2000, conforme se verá no Capítulo 3 com mais detalhes. A presença da EF tem provocado readequação na área, em termos de formação e definição epistemológica (DAMICO; KNUTH, 2014, p. 331). Sua estruturação caracterizada como uma “profissão paramédica” (OLIVEIRA, 2006, p. 66) transformará a atuação deste profissional no campo da saúde, conforme se verá a seguir.

2.1 A EF E A DISCIPLINARIZAÇÃO DO CORPO DO TRABALHADOR

Cabe tratar aqui da relação entre EF e a necessidade de o capitalismo formar trabalhadores minimamente hígidos e dóceis para o sistema produtivo, tendo como pano de fundo os interesses políticos-ideológicos das camadas dominantes e suas ações políticas sobre a vida humana através da corporeidade.

Assman (2013, p. 24-25) apresenta os diferentes conceitos sobre o corpo, estabelecidos desde racionalidade grega até política da vida que nasce na modernidade na esteira do liberalismo econômico. Platão acreditava que só a morte construía uma dualidade entre corpo e alma. Nesse caso, “a vida do corpo é uma mortificação da alma, ao passo que a morte do corpo é vida da alma”.

Platão, discípulo de Sócrates, identifica que “a alma não nasce em função da imortalidade, mas nasce em função do conhecimento seguro, neutro, universal, válido para todos” (ASSMAN, 2013, p. 25). Nesse caso, o que impediria essa alma de obter o conhecimento seguro é o corpo que “deve existir para que as práticas políticas possam estar agindo corretamente”, guiando o corpo na direção de interesses privados.

Platão estabelece um princípio que será a base para toda a história ocidental, até mesmo para o iluminismo moderno: só alcançando a verdade na teoria, o que só é possível com a supremacia da alma, poderemos fazer o bem na prática. É assim que nasce o conceito ocidental da alma com capacidade de entender e de querer. O ser humano é sua alma, e a tarefa principal do ser humano enquanto tal é conhecer a si mesmo é cuidar de sua alma (ASSMAN, 2013, p. 24).

Com a ascensão da cultura judaico-cristã, a racionalidade grega é retomada pelo teólogo Santo Agostinho (354-430), para quem “o corpo passa a ser reduzido de fato a uma realidade inferior que só tem sentido enquanto submetido à alma”. Ao reafirmar a imortalidade da alma cristã, reafirma a vitória da razão, “cuja sede é a alma sobre todo o conhecimento proveniente do sentido” (ASSMAN, 2013). Com o advento da modernidade, a salvação da alma que, até então, se daria mediante exercícios espirituais, passa a depender de exercícios corporais. A política reduzirá a vida humana à vida biológica e, desta forma, haverá

uma maior preocupação individual com o corpo. O importante era burlar a morte e viver mais (ASSMAN, 2013).

Para Foucault (1994), no final do século XVIII e no XIX, diante das necessidades impostas pelo processo de industrialização, acelerado pela revolução industrial, era preciso que o corpo do trabalhador fosse submentido aos interesses burgueses, constituindo-se as atividades físicas em instrumento de submissão. O corpo era pensado de forma “ímpiedosa e urgente”, em uma perspectiva de controle social e de aumento da produtividade do trabalho. O corpo “dócil”, submisso e exercitável é um importante instrumento de produção, já que teria mais aptidão para o trabalho e, ocupado, teria uma menor disposição para o questionamento político (FOUCAULT, 1994).

Na mesma perspectiva de Foucault, Lima (1979) aponta para a construção de espaços de lazer na formação das sociedades industriais modernas, durante o século XIX, contribuíram para controlar “o tempo e os corpos” dos operários. A autora utiliza a expressão foucaultiana “instituições de sequestro” para designar os espaços de práticas de atividade física construídos não só pelas indústrias, mas também por todas as instituições que exerciam “micropoderes” e disciplinas, como escolas, prisões, fábricas e hospitais:

A instituição EF foi utilizada para formar um corpo produtivo que pudesse ser oferecido como tempo de trabalho e, em seguida, força de trabalho, não só produzido durante a própria atividade, mas também e principalmente durante o tempo fora do trabalho. Todo o tempo dos homens deverá ser utilizado, transformado em tempo de trabalho. A EF será, portanto, uma das instituições responsáveis pela transformação das “horas de ócio”, “desregradas”, “gastas em dancings e cabarês”, em tempo útil fabricado e recuperado no espaço esportivo (LIMA, 1979, p. 56).

Cabe assinalar ainda que o século XIX foi marcado pela interpretação positivista sobre as sociedades humanas, aí incluído o corpo, sobretudo dos trabalhadores. A “medicina social”, “propagou no âmbito das instituições de saúde o pensamento positivista” e reduziu o corpo a um “objeto natural”, a fim de encontrar resultados científicos “eficientes” e “específicos” (CARVALHO, 2009, p. 52). O modelo “cartesiano de saúde”, centrado na mensuração e comprovação de dados, aproxima a saúde e seus subsistemas de resultados voltados para os interesses burgueses no campo político e social (FREITAS, 2006).

É de se notar que a pesquisa no campo da EF vinculou-se historicamente à metodologia quantitativa, seguindo a influência da medicina, o que resultou na aproximação da EF ao cientificismo positivista tendo em vistas os interesses burgueses na organização e regulamentação social por meio da EF. Nesse sentido Freitas (2006, p. 170) acredita que a EF

por muito tempo retirou do homem sua humanidade, por considera-lo um ser exclusivamente biológico.

Atualmente ainda se encontram influências positivistas na supervalorização de mensurações e comprovações de dados em relação ao corpo, principalmente na indústria cultural e a da beleza, contribuindo para a consolidação de valores relacionados à cultura do consumo (CARVALHO, 2001). Tudo sugere, portanto, que a aproximação da EF ao campo da saúde se estruturou por um viés utilitarista em relação ao corpo, tendo em vista a necessidade de regulação, disciplina e o controle social necessários ao sistema capitalista sobretudo sob a influência do modelo biomédico da medicina.

A escassez de discussões acadêmicas sob uma perspectiva multidisciplinar a respeito da assistência em saúde representou para os profissionais de saúde, e não apenas da EF, um isolamento científico reafirmando a medicina como a principal responsável pela assistência na saúde.

A crítica básica à medicina tradicional tem a ver com o fato de que ela se empenha, equivocadamente, em excluir o social, em apoiar-se, fundamentalmente, no biológico, como se, desta forma, pudesse agregar maior cientificidade às suas teorias e práticas. Essa obsessão cientificista a tem impedido de dialogar com outros saberes e tem se constituído, dialeticamente, na razão de sua crescente fragilidade. (...) os profissionais da saúde se tornam reféns do seu propalado dom de cura, promessa quase sempre não cumprida em virtude da complexidade da interação entre o ser humano e o ambiente”. (BUENO, 2007, p. 233).

A crise desse modelo, originada no seu alto custo financeiro, baixa eficácia, e no predomínio de interesses privados e de práticas médico-centradas e curativas (CARVALHO, 2013, p. 97), impunha a reorganização do sistema e a regulação das práticas conhecidas como correntes preventivistas⁸ e de medicina comunitária⁹ (CARVALHO, 2013). A regulação do sistema e das práticas seguiam uma “bandeira de luta” “uma imagem objetivo” (MATTOS, 2006, p. 41), que era a integralidade.

⁸ A corrente preventivista apresenta-se crítica ao saber médico e propunha um trabalho mais ideológico do que clínico. Novas práticas e atitudes médicas com fundamento educativo. Esse conceito cria condições para a organização de departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas (CARVALHO, 2013).

⁹ A medicina comunitária recupera parte importante do arsenal discursivo do projeto preventivista, e em particular a ênfase das então denominadas “ciências da conduta” aplicadas a problemas de saúde. No contexto de lutas ela subsidia a implementação de projetos sociossanitários contra hegemônico em várias regiões do país e tem papel de destaque no arcabouço teórico da reforma sanitária (CARVALHO, 2013).

2.2 SAÚDE COLETIVA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E EF

O conceito de promoção da saúde foi apresentado pela primeira vez por Sigerist, em 1945, inicialmente com um olhar biológico. Ele definiu quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação dos enfermos; e reabilitação (LACERDA, 2002). O modelo hegemônico de atenção era centrado nos indivíduos e os fatores sociais não estavam incluídos no âmbito da promoção da saúde.

Apesar desse modelo inicial, foi somente com a crise do modelo terapêutico centrado em hospitais sob influência biomédica, que a promoção da saúde ganhou força como modelo preventivo. Em 1974, o então ministro do Canadá Marc Lalonde publicou um documento sobre a nova perspectiva de saúde dos canadenses, com o título de Informe Lalonde (LACERDA, 2002, p. 58). O documento aponta a necessidade de se analisar em conjunto diversos fatores relacionados à saúde, os chamados “determinantes de saúde” (BUSS, 2000, p. 167). Apresenta quatro componentes relacionados à enfermidade que não recebem investimentos em matéria de saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (BUSS, 2000).

Segundo Lacerda (2002, p. 59), o Informe foi um marco conceitual na área de promoção da saúde ao ampliar o conceito de saúde para além da assistência médica e apontar para outros determinantes. No entanto, pecava nas recomendações que de fato poderiam intervir no ambiente social.

Quatro anos após o Informe, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) convocou em colaboração com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que se realizou em Alma-Ata, Cazaquistão (BUSS, 2000, p. 176). A conferência teve como pauta a proposta de desenvolver políticas públicas de saúde de baixo custo e alta efetividade que pudessem resolver os problemas de grande parte da população, além de reafirmar o direito humano a saúde, a participação comunitária, a responsabilidade do governo sobre a saúde do cidadão. Com isto, teve papel importante na definição do conceito atual de “nova promoção da saúde”, além de seus resultados servirem de base para a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986. (LACERDA, 2002, p. 59); (CARVALHO, 2013, p. 55).

A carta de Ottawa (1986), documento oficial elaborado nessa última conferência, propõe como medidas de “revigoramento do ideário da promoção, a redução da iniquidade, a ampliação de ações preventivas”, o fortalecimento da capacidade dos indivíduos para lidar com limitações advindas de doenças crônico-degenerativas e o estímulo ao autocuidado e a

mecanismos de autoajuda (CARVALHO, 2013, p. 57). A promoção da saúde passa a incluir a capacitação da população para ela mesma controlá-la, através de ambientes saudáveis capazes de darem sustentação aos sujeitos. (BUSS, 2000, p. 170) neste a saúde coletiva atua sobre os determinantes sociais da saúde e conseqüentemente na mudança das condições de vida.

Com a carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde passa a ser o eixo orientador da nova saúde pública, mediante as cinco estratégias para melhoria da qualidade de vida estabelecidas em Ottawa: 1. Construção de políticas públicas saudáveis; 2. Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3. Reforço da ação comunitária; 4. Desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5. Reorientação dos sistemas e serviços de saúde.

O caminho proposto na Carta de Ottawa com base na qualidade de vida e promoção da saúde, é implementado na década de 1990 em vários municípios do país através de programas que aliavam a atividade física à saúde. Programas como a Academia da Saúde em Recife, Pernambuco, e em outros estados como São Paulo, Alagoas, Rio de Janeiro, Paraná e Espírito Santo (BRASIL, 2011d), representam o ingresso de forma efetiva do PEF em políticas públicas que envolvam a atividade física e a promoção da saúde.

Apesar de se constituir em eixo orientador da saúde pública, a promoção da saúde sofre influências que a distanciam da coletividade. Damico e Knuth (2014, p. 334), ao analisar a promoção da saúde em seus estudos, detecta que tem sido usado hegemonicamente um discurso que enfatiza a ideia de que o indivíduo, com sua consciência, é capaz de controlar suas vontades e obedecer aos ditames e regras produzidos pela ciência moderna. Palma et al. (2007, p. 118) atentam para o problema, “culpabilização da vítima”, ou seja, a responsabilização do próprio indivíduo por seu adoecer. Isso significa dizer que o problema tem sido encarado como fraqueza ou em uma falha individual, o que aproximaria o sujeito do risco de contrair morbidades.

O campo da educação física tem legitimado a moralidade destes discursos que defendem e reforçam a ideia de que a prática regular de exercícios físicos deveria ser realizada por toda população, uma vez que poderia resguardá-la contra doenças crônico-degenerativas (PALMA et al., 2007, p. 119). Entretanto, a aproximação da EF da saúde coletiva possibilita uma aproximação com as ciências sociais, contribuindo para ampliação e reorientar deste debate.

Ao encontro das transformações no modelo de saúde pública, surgia na América Latina na década de 1970, a saúde coletiva como uma corrente de discussão focada no âmbito coletivo, público e social, constituindo-se em peça fundamental na construção do processo de reforma sanitária brasileira e de integralidade na atenção.

A saúde coletiva surge na década de 1970 na América Latina com diferentes profissionais atuantes na área da saúde que apontavam para a necessidade de discussões no âmbito coletivo-público-social e de reagir ao positivismo e a saúde pública tradicional, centrada no modelo biomédico. Buscava-se fundar um campo científico com orientação teórica, metodológica e política que privilegiasse o social com base para compreender o fenômeno saúde-doença (FREITAS, 2006, p. 172).

Pensar o ser humano, suas práticas e ações como sujeito coletivo, exige discutir problemas de diferentes ordens como “social”, “econômica”, “ambiental”, “afetiva” e também a “biológica” (FREITAS, 2006). Dessa forma, o diálogo entre a saúde coletiva e a EF amplia a maneira de pensar a saúde. Possibilita pensar as práticas corporais e a associação entre atividade física e a saúde de um ponto de vista crítico ao modelo biomédico. Uma das primeiras autoras a discutir a relação entre saúde coletiva e EF foi Carvalho (2001, p. 12) para quem

Se nos fundamentarmos no referencial das ciências humanas para debater a questão da atividade física e saúde o quadro, necessariamente, muda de figura. O sujeito assume o seu posto de centro das atenções – e não somente o “sujeito” – indivíduo, mas o “sujeito” também do ponto de vista coletivo. Assim, ao se propor um programa de atividade física, não poderia ele ser um programa cujo conteúdo priorizasse a relação atividade física e saúde, a atividade física visando a saúde, mas a proposta seria fundamentada na ideia de que é o conhecimento e a experiência do homem com a cultura corporal que possibilitam a ele manifestar-se, expressar-se visando a melhoria de sua saúde. [...] Desloca-se a ideia da saúde centrada no organismo, no físico, no biológico para a saúde como processo e resultado das opções na vida, opções essas relativas ao trabalho, à moradia, ao lazer, mas especialmente nos valores e princípios de vida que se quer, que se acredita ser a melhor.

A ampliação do conceito de saúde e a consolidação da promoção da saúde como política pública permitiram à EF, após a expansão da cobertura e diversificação de serviços de saúde e postos de trabalho, entrar no serviço público de saúde. A elaboração de documentos como PNPS possibilitaram ao PEF atuar por meio das equipes de saúde da família, através do Nasf. A atuação baseada no eixo das Práticas corporais e Atividade Física (PCAF), presente na PNPS, exige uma ampla discussão no campo da saúde coletiva e promoção da saúde, a fim de ajustar o tradicionalismo da formação biomédica do PEF aos princípios estabelecidos nas diretrizes do Nasf.

2.3 A ESTRUTURAÇÃO DO NASF E A APROXIMAÇÃO DA EF ATRAVÉS DAS PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA

O marco para a entrada da EF no SUS é o documento PNPS, publicado em 2006, com base no entendimento que

A promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006a, p. 15).

O documento contempla entre suas diretrizes o fortalecimento da participação social, a cooperação intersetorial, a gestão horizontal e a valorização do saber popular local (BRASIL, 2010). Seus objetivos específicos são os seguintes:

A incorporação e implementação de ações de promoção de saúde, com ênfase na atenção básica; a promoção do entendimento da concepção ampliada de saúde entre os trabalhadores em saúde e a contribuição para o aumento da resolutividade do sistema garantindo qualidade, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde (SCABA et al., 2012, p. 413).

Cabe lembrar que as primeiras experiências em ações comunitárias ocorrem nos anos de 1980 com a atuação positiva de agentes comunitários de saúde no combate à mortalidade materno-infantil, que resultaram na criação do programa de agentes comunitários de saúde (PACS)¹⁰ em 1991 e no Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (CAZALI, 2003). A conjuntura do país à época era marcada pela VIII Conferência nacional de Saúde, ocorrida em 1986; pela criação do SUS em 1988, resultado da luta pela reforma sanitária no contexto de redemocratização do país; pelas respostas positivas de investimentos em programas de promoção da saúde e atividades físicas em várias cidades brasileiras (BRASIL, 2013c; BRASIL, 2011).

Na conjuntura que se seguiu à reforma do estado e ao severo ajuste macroeconômico implementado durante os governos Fernando Henrique Cardoso, seguida pela eleição de Lula da Silva e pela direção do MS por Humberto Costa (CHINELLI; VIEIRA; MENEZES, 2013), foi lançada em 2006 pelo MS a primeira Política Nacional de Atenção Básica - PNAB com a proposta de implementar novas diretrizes para a atenção básica no país.

Tais mudanças foram aprovadas pela portaria nº 648 de março do Ministério da Saúde, elaborada com a participação das três esferas de governo (BRASIL, 2006d). Em 2011, a PNAB ganha uma nova portaria, de nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que revisa normas para a organização da atenção básica, ESF e PACS. (DA SILVA, 2013).

¹⁰ O PACS foi o primeiro programa que enfocou a família, introduzindo a prática de intervenção e prevenção sem que haja a necessidade de deslocamento do usuário. A estratégia inicial era a extensão de serviços para áreas empobrecidas tendo como objetivo central a redução da mortalidade materno-infantil (CAZALI, 2003).

A nova PNAB, publicada em 2012, mudou o desenho de financiamento federal para atenção básica através do Piso de Atenção Básica (PAB)¹¹, passando a beneficiar municípios menores e mais pobres. Os profissionais de saúde são contemplados com instrumentos de avaliação que valorizam e premiam equipes, garantindo aumento do repasse de recursos em função da contratualização de compromissos e do alcance de resultados. Essas medidas que combinam equidade e qualidade são implementadas em 2012, tendo havido aumento de recursos de 40% quando comparados ao ano de 2010 (BRASIL, 2012b).

Portanto, o aumento de recursos e a elaboração de políticas públicas como a PNAB e PNPS sinalizam as intenções de investimento do MS na APS, e o fortalecimento da esfera municipal na gestão do sistema de saúde. O pioneirismo do PACS e ESF na aproximação com a comunidade e suas respostas positivas servem de referência para a implantação do Nasf e dos demais serviços saúde que dão suporte a Saúde da Família (SF).

A SF surge como estratégia para ampliar e qualificar o acesso da população aos serviços e, fortemente, para reorientar as práticas de saúde. Para isso, propõe um novo vínculo das equipes com a população do território sob a responsabilidade, a realização de diagnósticos de saúde que permitam ações propositivas para manter os níveis de saúde e antecipar a intervenção sobre as condições que produzem doenças, além do planejamento das ações a partir de realidade social” (SOUSA; HAMANN, 2009, p. 1327).

As equipes de Saúde da Família respondem pelo acompanhamento de um número delimitado de famílias pertencentes a uma área geográfica adscrita. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por 600 a 1.000 famílias (2.400 a 4.500 habitantes) e São compostas, no mínimo, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. (ANJOS; DUARTE, 2009, p. 1130)

Dados do sistema de informação da atenção básica (DATASUS/SIAB) mostram que somente no município do Rio de Janeiro, o número de famílias cobertas pela ESF passava de 75.000 em 2000, 686.000 em 2010 e 2.901.000 em setembro de 2015. Isso que demonstra a importância que vem sendo creditada a essa estratégia também nos grandes municípios, tornando-se o principal foco da atenção básica no Brasil.

Desta forma, visando dar apoio à inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização,

¹¹ O Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável configura dois modelos de transferência de recursos estabelecidos em 2007 através da portaria do Ministério da Saúde nº 204 de janeiro de 2007, e se caracterizavam por beneficiar municípios maiores com repasses regulares e automáticos. A nova PNAB irá equalizar a transferências de recursos e tornar o PAB, um mecanismo que diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas (BRASIL, 2007).

bem como a ampliação das ações da atenção primária em saúde no Brasil, o MS criou os Nasf, através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009b, p. 7).

O Nasf procura responder a novos e antigos desafios epidemiológicos dos brasileiros, como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT. Suas ações focalizam a promoção da saúde e o cuidado da população através de práticas integrativas e complementares. Ao menos nos documentos que os regulamentam, devem oferecer a melhor tecnologia possível para grande parte das doenças crônicas, bem como a revisão de tratamentos baseados somente na medicalização (MENDONÇA, 2009, p. 1493).

As equipes que compõem o Nasf devem ter caráter interdisciplinar, de forma a promover trocas de saberes, capacitação e divisão de responsabilidades mediante a diversas metodologias, como discussão e situações de casos, projeto terapêuticos, orientações e atendimento conjunto e etc. (BRASIL, 2009b, p. 7)

Assim como ocorrem expansões em programas como ESF, o Nasf também vem apresentando expansões significativas no município do Rio de Janeiro, onde o número de equipes passou de 10 para 70 entre o início de 2011 e setembro de 2015 (DATASUS/DAB, 2015¹²).

O Nasf se divide em três modalidades: Nasf 1 e Nasf 2 e a partir de 2012 com a (portaria no. 3.124, de 28 de dezembro de 2012) ganha uma terceira, o Nasf 3. (BRASIL, 2012c). O Nasf 1 e Nasf 2 não podem ser implantados em um mesmo município, podendo não receber repasses financeiros (BRASIL, 2011c).

O Nasf 3 surge com a redefinição dos parâmetros de vinculação das duas modalidades de Nasf às Equipes de Saúde da Família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas (BRASIL, 2012c). O Nasf 1 se caracteriza ser constituído por equipes que apoiam no mínimo cinco e no máximo nove equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas, definidas como consultórios de rua, equipes ribeirinhas e fluviais. Já as equipes de Nasf dois devem estar vinculadas ao apoio de no mínimo três e a no máximo quatro equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básica para populações específicas. O Nasf três vincula-se a no mínimo um e a no máximo duas equipes de saúde da família e/ou equipes de atenção básicas para populações específicas, agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como equipe ampliada (BRASIL, 2012c).

¹² DATASUS. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 20 de set. de 2015.

A relevância da participação dos PEF no Nasf se comprova com a efetiva participação do PEF em todas as suas modalidades. Apesar da relevância constatada, Martinez et al. (2013) não encontraram resultados animadores em sua pesquisa sobre os PEF nos Nasf do Município de Goiás. Esses autores detectaram a existência de muitas denominações para o PEF no Brasil, além de baixos salários quando comparados aos dos demais membros das equipes multiprofissionais, apesar de estar presente em 49,2% das equipes do Nasf e contar com reconhecimento dos demais profissionais de saúde. A atuação destas equipes deve ocorrer nos territórios de responsabilidade das ESF aos quais estejam vinculadas.

As nove áreas estratégicas que compõem o Nasf são: saúde da criança e do adolescente e do jovem; saúde mental; reabilitação/saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física/práticas corporais e práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2009b).

A EF, através das Práticas Corporais e Atividade Física (PCAF), passa a compor as equipes multidisciplinares e sua intervenção se dá especialmente no combate a prevalência de doenças do sistema circulatório constatadas em dados epidemiológicos (SCABAR et al., 2012). Sua atuação está “relacionada à constituição de uma rede de cuidados”, em que o foco principal não é o trabalho direto e individualizado, e sim a criação de espaços de discussão internos e externos que possibilitam o aprendizado coletivo das equipes (BRASIL, 2009b).

Assim, as PCAF devem ser construídas com base em componentes culturais, históricos, políticos, econômicos e sociais do contexto onde o profissional de saúde atuará como ator principal (BRASIL, 2009b). Em suas diretrizes, elas são consideradas como meios de aproximação com as comunidades atendidas, articulando a integração e socialização dos indivíduos construindo sua autonomia de forma a se tornarem sujeitos de direitos (BRASIL, 2010, p. 17). Sendo assim, a EF incorpora em sua intervenção as dimensões sociológica, psicológica e cultural, deixando para trás sua visão tradicionalmente biológica e reduzida a práticas de atividades físicas.

Dessa forma, se é correta a noção de que atividade física equivale a movimento, o foco do conhecimento a ser propagado é o da percepção para além do que é apenas um corpo correndo, pulando ou sendo biometricamente avaliado. O corpo com o qual se irá necessariamente interagir nas PCAF é o corpo histórico e cultural, repleto de símbolos e signos que o tornam único, ao mesmo tempo em que o inclui na identidade de um determinado grupo ou coletivo social, como muito bem define a antropologia, segundo a qual, não existe natureza humana independente de cultura (BRASIL, 2009b).

2.4 AS TENSÕES ENTRE ATIVIDADE FÍSICA E PRÁTICAS CORPORAIS NA SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PEF

Damico e Knuth (2014) destacam que não existe consenso acadêmico no que se refere às Práticas corporais concebidas como o modo ideal de intervenção do PEF na atenção básica com base no PNPS. Eles indagam sobre quais seriam as verdades do conhecimento científico que a EF pretende produzir. Nesse caso, observando a trajetória da EF como campo acadêmico, não se pode negar que ao longo de sua história, predominou fundamentalmente o caráter utilitarista, obedecendo “a lógicas estatais e adaptativas, como as relacionadas às lógicas eugênicas, higiênicas, militarizantes, esportivizantes e, nos últimos tempos, medicalizantes (DAMICO; KNUTH, 2014, p. 331).

Em perspectiva semelhante, Ghiraldelli (2007), ao pesquisar as tendências e correntes pedagógicas da EF, encontrou apenas um ponto em comum entre elas, a tese simplista que afirma a atividade física é diretamente responsável pela manutenção da saúde individual, sempre com objetivos políticos-ideológicos.

Soares (2001), também afirma que a função social da EF era promover, por meio da atividade física, a saúde, fortalecendo corpos e disciplinando-os, para enquadrarem-se na ordem capitalista em formação (SOARES, 2001). Atualmente a “ideologia do ser saudável” é enfatizada através do “ideal de robustez, ideal de magreza, corpos atléticos”, com base em padrões estéticos normativos e obediência aos preceitos médicos. (MENDES, 2009, p. 177).

É nessa medida que Damico e Knuth (2014, p. 331), analisando as mudanças no cotidiano dos serviços de saúde e a atuação do PEF no que se refere às disputas travadas no campo acadêmico que dualizam as práticas corporais e a atividade física, acreditam estar havendo uma radicalização da “exploração de noções que cada coletivo preconiza com vistas à imposição de determinados sentidos e significados”.

A inserção do PEF no Nasf explicita esta tensão entre a atividade física que representa o tradicionalismo biológico da formação em educação física, caracterizada pelo vínculo do corpo ao exercício físico em “trinta minutos por semana” (FERLA et al., 2013) e as práticas corporais. Carvalho (2006a, p. 36) detecta nas práticas corporais um olhar sem regras para o corpo mais humanizado e integrado. No que se refere à expressão atividade física, a autora ressalta que ela carrega valores próprios de um determinado tempo e está presente na EF na visão simplista de causa e efeito, saúde doença, comumente utilizados pela mídia. Ou seja, conforme (CARVALHO, 2006a, p. 36) a “atividade física tem reforçado equívocos no pensar, falar, escrever e agir sobre doença que contribuem para aumentar a dificuldade das

instituições, dos serviços de saúde e dos gestores de, efetivamente, intervir na saúde das populações”. Quanto a esse embate Damico e Knuth (2014, p. 334) assim se manifestam:

Com efeito, perante essa nuance conceitual a educação física passou a ter espaço em programas e políticas de saúde no Brasil e também elencou o campo saúde como uma área intensa na produção de conhecimento nos últimos anos. No interior epistemológico da educação física, repousam as diferentes concepções políticas, científicas e culturais para uma segregação dos termos atividade física e práticas corporais, mesmo que o debate no campo da saúde ainda se mostre tímido.

Lazzarotti Filho et al. (2010) analisaram 260 artigos e 17 teses/dissertações, em que 92% dos artigos que utilizam o termo não se definem conceitualmente, indicando ainda não ter atingido estabilidade como conceito, apesar de estar acumulando elementos para tal. E aprofunda da seguinte forma:

No campo da Educação Física, o termo “práticas corporais” vem sendo valorizado pelos pesquisadores que estabelecem relação com as ciências humanas e sociais, pois aqueles que dialogam com as ciências biológicas e exatas operam com o conceito de atividade física. Esta dualidade parece ser um grande entrave ou, talvez, apresente-se como uma potencialidade, pela interface que a Educação Física estabelece com as ciências humanas e sociais e com as ciências biológicas e exatas. Esta interface, ao mesmo tempo que dificulta as relações e os consensos mínimos, também exige criatividade, reflexão e auto avaliação constantes. (LAZZAROTTI FILHO et al., 2010, p. 26)

Cabe aqui indagar como o meio acadêmico chegou a essa tensão. Para tanto, é importante retomar a década de 1980, período fundamental no que se refere à estruturação acadêmica da EF. Era a década de movimentos intelectuais (CAPARROZ, 2007) já que desde o final da década de 1970 começavam a funcionar cursos de pós-graduação na área. É a década da construção, mas especificamente na área escolar, de abordagens por parte de setores progressistas que confrontavam a corrente biológica (CAPARROZ, 2007). Um intenso debate é travado a partir da incorporação das teorias críticas na educação, sendo o individualismo, os valores presentes nas atividades esportivas competitivas, a exclusão, desigualdades sociais (COLETIVO DE AUTORES, 1992; BETTI, 2005), associadas à prática de atividades físicas, o que se refletiu nos currículos dos cursos de graduação.

Nesse mesmo período as práticas corporais ganham força a partir da aproximação da incorporação ao debate de autores ligados a antropologia e sociologia como Marcel Mauss e a noção de técnicas corporais, o que segundo Daólio (1995, p. 19), possibilitou compreender o uso do corpo determinado histórica e culturalmente, permitindo abordar as práticas corporais e a educação das técnicas; Norbert Elias, para quem “a partir de suas teorizações sobre o processo civilizatório, as regulações das atividades esportivas seriam uma espécie de oportunidade de liberação das emoções impostas em sociedades altamente reguladas”

(DAMICO; KUNTH, 2014, p. 338). Um terceiro autor é David Le Breton que, por meio de sua obra *Sociologia do corpo*, dá as bases para as pesquisas que se preocupam com a dimensão cultural e social do corpo e de suas representações, (DAMICO; KNUTH, 2014, p. 338)

Com a estruturação de sua base epistemológica na década de 1980, a EF passou a enunciar as práticas corporais de diferentes modos, aproximando-se da cultura corporal e cultura de movimento, termos que se constituíram em consenso no meio pedagógico por meio da obra “Metodologia do ensino de EF”, elaborada por um coletivo de autores e publicada em 1992.

O Coletivo de Autores (1992, p. 39) elegeu como objeto de ensino da Educação Física a cultura corporal, apresentada como uma opção ao desenvolvimento da aptidão física. Essa opção resultou

Do conhecimento socialmente produzido e historicamente acumulado pela humanidade, a saber: os jogos, os esportes, as ginásticas, as danças e a capoeira. Nessa perspectiva é muito importante compreender o movimento histórico da construção da corporeidade, pois “o homem não nasceu pulando, saltando, arremessando, balançando, jogando etc.”. Todas essas atividades corporais foram construídas em determinadas épocas históricas, como respostas a determinados estímulos, desafios ou necessidades humanas.

Silva e Damiani (2005) organizam uma coletânea com o título de “Práticas corporais. Gênese de um movimento investigativo em educação física”, na qual, através da recuperação de autores que contribuíram para a estruturação do conceito de cultura corporal na década de 1980, afirmam que o tradicionalismo da aptidão física no meio pedagógico e as críticas do movimento renovador da EF foram o embrião para as discussões atuais que envolvem a EF no campo da saúde.

Cabe ressaltar que o ingresso recente do PEF na atenção básica não permite ainda a adequada compreensão do fortalecimento epistemológico adquirido por parte das práticas corporais no meio acadêmico. Em relação a este aspecto, é possível encontrar em pesquisas anteriores como a de Ghiraldelli Júnior (2007) que analisa 1.863 artigos publicados em periódicos da área de EF entre as décadas 1930 e 1990, o entendimento de que a produção literária nem sempre expressa uma mudança na prática, encontrando-se alterações significativas quando a concepção que lhe dá diretriz perde destaque. Quanto a esse aspecto, Damico e Knuth, (2014, p. 341) vão além e não encontram diferenças entre as duas concepções, o que lhe permite formular algumas indagações:

As experiências cotidianas que elencam as práticas corporais como carro-chefe não parecem ser absolutamente diferentes ou afastadas da noção colocada em prática

pela vertente da atividade física. Nesses jogos de poder, (saber-fazer), o que se percebe é um referencial distinto, uma preocupação em relativizar certas verdades estabelecidas, mas que, frente às publicações que conhecemos, enfrentam similaridades com a atividade física no trato diário com os sujeitos, na prática dos serviços. Seria resultado de uma formação ainda desequilibrada, favorecendo a visão hegemônica? Seria um sistema de saúde adequado a uma atuação de uma clínica mais biológica e menos afeita às dimensões socioculturais? Seria a difusão popular de uma associação do movimento humano às demandas energéticas, metabólicas, corporais e medicalizadoras? Ou seria mais um embate epistemológico que a educação física não é capaz de resolver ou conviver internamente e que se empurra para suas ações, demarca enfrentamentos e anuncia certa fragilidade ou estranhamento de sua identidade?

A incompreensão apresentada pelo autor esbarra na definição estabelecida pelo documento Diretrizes do Nasf (2009d) que direciona a atuação do PEF para as práticas corporais, quando preconiza:

Em termos específicos das PCAF, deve ser considerada a ampliação do olhar sobre a existência ou não de espaços públicos de lazer ou da quantidade de grupos presentes, para abranger também as ações organizadas dentro das próprias unidades de Saúde da Família. O trabalho com grupos deve proporcionar a compreensão processual do significado do lazer para as comunidades e de como as pessoas identificam e se relacionam com os espaços de lazer existentes; reconhecendo que a construção da identidade com o espaço de lazer é um fato social, cuja compreensão permitirá identificar as relações determinantes que os sujeitos estabelecem com as PCAF que já realizam e que venham a realizar (BRASIL, 2009b, p. 143).

Apesar de as diretrizes do Nasf apontarem para as práticas corporais, somente em 2013, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) ajustou as ocupações dos PEF à atuação do Nasf, o que demonstra falta de consenso. As ocupações são descritas a partir da concepção de atividade física: “avaliador físico; ludomotricista; preparador de atleta; preparador físico; técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol); técnico de laboratório e fiscalização desportiva”. As mudanças ocorrem com a publicação da portaria do MS nº 256, em 11 de março de 2013, criando a CBO provisória de número 2241E1 direcionada ao “profissional de educação física na saúde” (BUENO, 2012).

Apesar dessa tensão, a formação em EF, conforme Scabar et al., (2012) “apresenta distanciada da demanda de serviços públicos de saúde”. A associação entre EF e atividade física ainda predomina, o que evidencia uma formação profissional orientada para a prescrição de diagnósticos e a avaliação, protocolos regidos por caráter biológico. Ferla et al. (2013, p. 220) também trazem questionamentos: “Como podemos pensar a intervenção da educação física no SUS quando, no âmbito formativo, a EF ainda é permeada pelo conhecimento biomédico hegemônico que orienta tais profissionais a trabalharem na lógica de que as pessoas são, principalmente, seus corpos biológicos?”

O levantamento crítico sobre a formação e as tensões que envolvem o PEF no campo da saúde possui significativa importância na busca da identidade dos cursos. De acordo com Pereira (2007), é no conflito e nas contradições que o profissional de saúde se educa e é educado. A autora alerta que a educação dos trabalhadores de saúde de uma forma geral é composta por projetos contraditórios, interessados, conflitantes e em luta por uma visão de mundo.

3 O EDUCADOR FÍSICO NOS NÚCLEOS DE APOIO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO – BASES HISTÓRICAS E CONCEITUAIS

Este capítulo trata do entendimento das bases conceituais e históricas que envolvem a atuação do educador físico nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família do município do Rio de Janeiro. Os núcleos surgem com o objetivo de ampliar e melhorar as expectativas sobre as intervenções da ESF na comunidade. São constituídos de múltiplos profissionais que buscam superar o tradicionalismo biomédico e sua demanda complexa e fragmentada de cuidado na saúde (SÁ BRITO, 2015).

No município do Rio de Janeiro os profissionais de educação física – PEF – que compõem o Programa Academia Carioca da Saúde (PACAS), além de dar suporte ao Nasf com ações de atendimento individualizado, atuam em atividades coletivas como “ginásticas nos aparelhos, grupos de caminhada, ginástica ao ar livre, alongamento, dança de salão, capoeira, ginástica laboral e atividades culturais, entre outros serviços” (SMS-RJ, 2016¹³). O programa apresenta duas frentes de assistência de forma integrada: a área específica da atividade física, as já citadas atividades coletivas, e a área multiprofissional da atenção primária que envolve ações individuais sobre usuários no Nasf (BRASIL, 2013c).

Do ponto de vista da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), a atuação dos PEFs no programa tem apresentado resultados positivos na captação de novos usuários. Até o final de 2015, esses profissionais, em número de 104, atendiam 80.761 mil usuários em 182 Unidades de Atenção Primárias (Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família) (RIO DE JANEIRO, 2016¹⁴). Sendo assim, focar a análise de sua atuação nas ações interdisciplinares, intersetoriais e as diversas ferramentas de apoio e atenção estabelecidas pelas diretrizes do Nasf, conforme se verá a seguir, se torna fundamental.

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA COMO CAMPO DE ATUAÇÃO DO EDUCADOR FÍSICO NO NASF

A partir de 1950 se iniciam pesquisas que até então associavam benefícios da prática de atividade física para a saúde. Morris (1953 apud AMORIM, 2013) apresentou uma das primeiras pesquisas que aproximava as doenças coronarianas dos fatores de riscos ocupacionais dos trabalhadores londrinos. Na década seguinte, inúmeras pesquisas ajudaram a

¹³ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Programa Academia carioca. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

¹⁴ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Programa Academia carioca. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=5833308>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

consolidar a prática de atividade física como um importante fator de prevenção as DCNT's (AMORIM, 2013).

A atividade física assumiu desde então, papel preponderante na melhora da saúde das pessoas. São recentes no Brasil as ações do Ministério da Saúde no combate às DCNT's. Martinez et al. (2013) encontram no Portal da Saúde do MS, documentos baseados em resultados de pesquisas que atestam a necessidade de um ponto de partida ao combate aos DCNT. No entanto, experiências envolvendo a prática da atividade física já podiam ser encontradas em municípios brasileiros a partir dos anos de 1990.

Hallal (2009) observa que o projeto CuritibaAtiva, da Prefeitura da cidade, em 1998, sofre influências de experiências que na década de 1960 envolviam promoção da saúde e atividade física. Venturim e Molina (2005) relatam que, na década de 1990, o Serviço de Orientações ao Exercício (SOE) do Espírito Santo, levava informações e oferecia atividades físicas sob orientação dos PEF em espaços públicos. A pesquisa de Matsudo (2008) mostra que o projeto Agita São Paulo, em 1996, objetivava aumentar a prática de atividade física e levar informações sobre promoção da saúde à população do Estado de São Paulo.

Seguindo essa tendência, surgem nos anos 2000 programas que aproximam ações intersetoriais e interdisciplinares, como a Academia da Cidade de Recife, criada em 2002. Em 2008 obteve impacto efetivo, constituindo-se em um dos poucos programas avaliados no Brasil até aquele ano (PROJETO GUIA, 2013). Essa academia se torna pioneira e se estrutura através da aproximação da prefeitura de Recife com a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), articulando ações comunitária, a ESF. (PADILHA et al., 2015)

Outro modelo de destaque foi criado na cidade de Maringá em 2005. Com o nome de 'Maringá mais Saudável', o projeto implantou experiências de incentivo à atividade física semelhantes as que haviam ocorrido há mais de 15 anos nas praças das cidades da China, país com tradição na prática de atividades corporais ao ar livre visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde (BRASIL, 2011a).

3.2 A ORGANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO COMBATE AOS DCNT

O MS diante da atuação de vários municípios brasileiros em programas de atividade física e promoção da saúde e a necessidade de implantar ações de combate aos Dcnt's, cria em 2003, no contexto da reestruturação do MS, no início do primeiro governo Lula, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e posteriormente, em 2005, implementa em seu interior a Coordenação-Geral de Agravos e Doenças Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

(BRASIL, 2005). Essas medidas organizacionais resultaram na necessidade de verticalizar diretrizes e apontar estratégias de políticas públicas orientadas para a promoção da saúde. Neste sentido, em 2005 são distribuídos de 7 milhões de reais para as 27 capitais e o Distrito Federal, além da organização das discussões para a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006 (CRUZ; MALTA, 2014) (AMORIM, 2013). A partir de 2006, com a PNPS, os repasses foram ampliados e cidades do interior foram contempladas por meio de editais públicos (**Tabela 1**) para financiamento de iniciativas que envolvessem as 7 diretrizes do PNPS, entre elas as práticas corporais/ atividades físicas. Logo no primeiro ano, 149 municípios foram contemplados, passando para 286 em 2007, 502 em 2008 (BRASIL, 2006b; 2007) e 1364 em 2009 (KNUTH et al., 2010). Entre essas ações, pautavam-se nas práticas corporais/atividade física, 131 iniciativas em 2006, 212 em 2007 e 337 em 2008 (KNUTH et al., 2010).

Tabela 1 – Distribuição geográfica de Estados contemplados nos Editais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde para desenvolvimento de intervenções na área de promoção da saúde (2006-2009)

| Região | Estado | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------------------------|---------------------|------------|------------|------------|-------------|
| Norte | Acre | 1 | 1 | 1 | 7 |
| | Amapá | 1 | - | 2 | 3 |
| | Amazonas | 1 | 3 | - | 7 |
| | Pará | 3 | 2 | 3 | 8 |
| | Rondônia | - | 3 | 3 | 3 |
| | Roraima | 1 | 2 | 1 | 15 |
| | Tocantins | 3 | 3 | 4 | 40 |
| TOTAL REGIÃO NORTE | | 10 | 10 | 14 | 83 |
| Nordeste | Alagoas | 2 | 10 | 28 | 70 |
| | Bahia | 10 | 23 | 22 | 74 |
| | Ceará | 7 | 10 | 17 | 56 |
| | Maranhão | 2 | 21 | 34 | 77 |
| | Paraíba | 4 | 3 | 7 | 19 |
| | Pernambuco | 5 | 7 | 11 | 59 |
| | Piauí | 1 | 2 | 5 | 48 |
| | Rio grande do norte | 1 | 7 | 27 | 88 |
| | Sergipe | 2 | 11 | 15 | 32 |
| TOTAL REGIÃO NORDESTE | | 34 | 194 | 166 | 523 |
| Centro-oeste | Distrito federal | 1 | 1 | - | 1 |
| | Mato grosso | - | 18 | 21 | 89 |
| | Goiás | 2 | 4 | 12 | 54 |
| | Mato grosso do sul | 6 | 6 | 8 | 20 |
| TOTAL REGIÃO CENTRO OESTE | | 9 | 29 | 41 | 164 |
| Sudeste | Espírito Santo | 6 | 5 | 7 | 24 |
| | Minas Gerais | 6 | 15 | 80 | 154 |
| | Rio de Janeiro | 5 | 4 | 25 | 40 |
| | São Paulo | 49 | 73 | 94 | 195 |
| TOTAL REGIÃO SUDESTE | | 66 | 97 | 206 | 413 |
| Sul | Paraná | 8 | 21 | 28 | 86 |
| | Rio Grande do Sul | 7 | 17 | 27 | 65 |
| | Santa Catarina | 15 | 14 | 21 | 33 |
| TOTAL REGIÃO SUL | | 30 | 52 | 76 | 184 |
| TOTAL GERAL | | 149 | 286 | 502 | 1364 |

Fonte: Amorim, 2013, p. 27.

Os anos de 2008 e 2009 sinalizam a preocupação do Ministério da Saúde em realizar ações efetivas de combate as DCNT. Segundo Cruz e Malta (2014), a valorização das práticas corporais/atividade física se deu devido à grande adesão por parte dos municípios e aos resultados da pesquisa telefônica com usuários inativos inscritos em programas municipais de atividade física chamado VIGITEL¹⁵, responsável por monitorar na população de 18 anos em diante, encontrando resultados positivos em pesquisa com sedentários participantes de

¹⁵ "No VIGITEL, um bloco de perguntas sobre a prática de atividade física calcula o tipo, o tempo e a frequência com que as pessoas praticam ou se não praticam em nenhum dos domínios estudados: tempo livre, deslocamento para o trabalho, no trabalho e nas tarefas domésticas" (CRUZ; MALTA, 2014, p. 39).

programas de atividade física, o que acelerou os investimentos anos de 2008 e 2009 por parte do MS.

Em 2008, após debates com secretários municipais e estaduais de saúde se decide por uma maior articulação entre as ações da PNPS e ampliar o número de entes federados contemplados. Assim, foi lançada a Portaria do MS/SVS nº 79, de 23 de setembro que descentralizou mais de R\$ 27 milhões de reais para a promoção de 523 entes federados, formando um conjunto de municípios que implementaram ações de promoção da saúde no SUS (BRASIL, 2008c). Além disso, no mesmo ano houve a ampliação da oferta de profissionais na atenção básica com a criação do Nasf.

Em 2009, a Portaria nº 139, de 11 de agosto da Secretaria de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2009c), descentralizou mais de R\$ 50 milhões para 1.254 entes federados, contemplando a mesma intencionalidade da integração entre a Vigilância e a Atenção Básica. Essa Portaria ampliou significativamente o número de projetos de promoção da saúde no Brasil (BRASIL, 2009c).

Diante de inúmeros repasses e respostas positivas na implementação de editais envolvendo atividades físicas/práticas corporais entre 2005 e 2008, o MS/SVS se viu diante da necessidade de avaliar os municípios contemplados e em 2010, os convidou a preencherem um formulário eletrônico, dos quais 459 foram convidados e 225 responderam. Dentre as informações destacaram-se a articulação com a ESF (94,2%) e a alta aprovação dos projetos nos Conselhos Municipais de Saúde (91,6%) (KNUTH et al., 2010).

Diante das respostas ao questionário, em 2010, a Portaria nº 184 da mesma secretaria de 24 de junho, fecha o ciclo de custeio das ações de promoção da saúde por meio de editais e portarias atrelados à seleção de projetos (BRASIL, 2010). Os repasses federais passam a se concentrar em programas similares ao Programa Academia da Saúde (PAS).

3.3 O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE (PAS)

Em 2010, após seis anos de investimento em editais públicos visando promoção da saúde e atividade física, o MS pautou na agenda a elaboração de um programa que se aproximasse da atenção básica e de inúmeras políticas públicas elaboradas para a atenção primária como, PNPS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Rede de atenção à saúde no SUS e o Nasf. (CRUZ; MALTA, 2014).

Diante disso, era necessário centralizar no território através das Unidades básicas de Saúde, programas já existentes como a ESF, Saúde Na Escola, Nasf e etc. (**Ilustração 2**).

Segundo Cruz e Malta (2014, p. 39) o SUS em 2010 já se organizava em redes, “preconizando pontos de atenção incomunicáveis, com a atenção básica no centro dessa comunicação, por ser considerada o primeiro nível do cuidado”.



Ilustração 2 – Esquema de Organização da Rede de atenção à saúde do SUS

Fonte: Cartilha Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2014, p. 9).

O PAS surge em 2011, através da Portaria com o objetivo de:

Contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. (BRASIL, 2011d, p. 2)

O PAS garantia recursos financeiros para a construção do espaço físico e para contratação de profissionais para sua realização (BRASIL, 2011d, p. 1-2). Esse programa aproxima o PEF por meio dos Nasf à ESF e é uma das portas de entrada na rede de saúde, constituindo-se em um dos responsáveis pela produção do cuidado e prevenção de riscos à saúde (BRASIL, 2014). O seu planejamento e organização devem estar integrados aos demais profissionais das equipes de atenção básica e vigilância em saúde. (BRASIL, 2011d). Os eixos para o desenvolvimento das ações do programa academia da saúde se encontram no **Quadro 2**.

Responsáveis pelas atividades

Atividades e seus eixos

| | |
|--|--|
| <p>Os PEF são os principais responsáveis pelas atividades físicas, e não atuam de forma isolada. Os demais profissionais de saúde integrantes da ESF e Nasf potencializam as atividades com ações intersectoriais e multiprofissionais nas UBS.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Práticas corporais e atividades físicas; • Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; • Promoção da alimentação saudável; • Práticas integrativas e complementares; • Práticas artísticas e culturais; • Educação em Saúde; • Planejamento e gestão; • Mobilização da comunidade |
|--|--|

Quadro 2 – Responsáveis pelas atividades e seus eixos

Fonte: Adaptado da Cartilha informativa Programa Academia da Saúde (BRASIL,2014).

Os polos do PAS se voltam majoritariamente para a prática de atividades físicas. Em sua infraestrutura há três modalidades: a básica, a intermediária e a ampliada, e seus custos montam respectivamente de 80, 100 e 180 mil reais. O programa prevê “recursos de investimentos para construção do polo e recursos de custeios” (BRASIL, 2014, p. 13-14). Os municípios interessados em implementar o programa precisam analisar a

Situação de saúde do município/território, identificando a necessidade e as potencialidades em se desenvolver o programa. A partir daí há duas formas de adesão: via recursos do programa ou via emendas parlamentares. (BRASIL, 2014, p. 13-14)

Os municípios que já apresentarem experiências similares ao PAS também podem solicitar recursos para custear seus programas (BRASIL, 2014, p. 12).

Os municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família recebem o repasse mensal de 3000 mil reais por polo, enquanto os que não possuem Nasf, recebem 3.000 por município provavelmente como estímulo à sua criação. Os limites estabelecidos são de três polos por Nasf (BRASIL, 2014). Santos et al. (2014, p. 143) descrevem o PAS como um importante instrumento de democratização da atividade física, tendo em vista o seu funcionamento com aulas “desde as 5:30 da manhã até às 20hs da noite” em espaços gratuitos e para pessoas de todas as idades.

3.4 O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A organização do atendimento em saúde no município do Rio de Janeiro foi estabelecida em 1993, mediante a divisão em 10 Áreas de Planejamento (AP) e o agrupamento de 160 bairros em cinco áreas pela Secretaria Municipal de Saúde. O objetivo era descentralizar e promover mais ações de saúde no nível local por meio das Coordenações

de Área de Planejamento (CAPs), responsáveis pelo gerenciamento de todas as unidades de saúde que integram o SUS no município, incluindo os estabelecimentos privados, federais, universitário e sindicais (BRASIL, 2007). No **quadro 3** são apresentadas as áreas de abrangências de cada AP.

| Área de planejamento | Região Administrativa | Bairros |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| 1.0 | Centro | Centro |
| | Zona portuária | Caju, Gamboa, Saúde, Santo Cristo |
| | Paquetá | Paquetá |
| | Rio Comprido | Catumbi, Estácio, Cidade Nova, Rio Comprido |
| | São Cristóvão | Benfica, Mangueira, São Cristóvão, Barreira do Vasco |
| | Santa Teresa | Santa Tereza |
| 2.1 | Botafogo | Botafogo, Catete, Cosme Velho, Flamengo, Glória, Humaitá, Laranjeiras, Urca |
| | Copacabana | Copacabana, Leme |
| | Lagoa | Gávea, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Leblon, São Conrado, Vidigal |
| | Rocinha | Rocinha |
| 2.2 | Tijuca | Tijuca, Praça da Bandeira, Alto da Boa Vista |
| | Vila Isabel | Vila Isabel, Andaraí, Grajaú e Maracanã |
| 3.1 | Ramos | Ramos, Bonsucesso e Olaria |
| | Penha | Penha, Penha Circular e Brás de Pina |
| | Vigário Geral | Vigário Geral, Cordovil, Parada de Lucas e Jardim América |
| | Ilha do Governador | Bancários, Cacuia, Cidade Universitária, Cocotá, Freguesia, Galeão, Jardim Carioca, J. Guanabara, Moneró, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Tauá, Ribeira, Zumbi |
| | Complexo do alemão | Complexo do Alemão |
| | Complexo da maré | Maré |
| 3.2 | Meier | Méier, Abolição, Água Santa, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Jacaré, Lins de Vasconcelos, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos, Piedade e Encantado |
| | Inhaúma | Inhaúma, Engenho da Rainha, Higienópolis e Tomás Coelho |
| | Jacarezinho | Jacarezinho |
| 3.3 | Irajá | Irajá, Colégio, Vicente de Carvalho, Vila Cosmos, Vila da Penha, Vista Alegre |
| | Madureira | Madureira, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Honório Gurgel, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Rocha Miranda, Vaz Lobo, Turiaçú |
| | Anchieta | Anchieta, Guadalupe, PÁG. Anchieta, R. de Albuquerque |
| | Pavuna | Pavuna, Barros Filho e Costa Barros |

| | | |
|------------|------------------------|---|
| 4.0 | Jacarepaguá | Jacarepaguá, Anil, Curicica, Freguesia, Tanque, Gardênia Azul, Jacarepaguá, Pechincha, Praça Seca, Taquara e Vila Valqueire |
| | Cidade de Deus | Cidade de Deus |
| | Barra da Tijuca | Barra da Tijuca, Itanhangá e Joá |
| 5.1 | Bangu | Bangu, Gericinó, Padre Miguel e Senador Camará |
| | Realengo | Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Realengo e Vila Militar |
| 5.2 | Campo Grande | Campo Grande, Cosmos, Inhoaíba, Santíssimo e Senador Vasconcelos |
| 5.3 | Guaratiba | Barra de Guaratiba, Guaratiba e Pedra de Guaratiba |
| | Santa Cruz | Paciência, Santa Cruz e Sepetiba |

Quadro 3 – Áreas de Planejamentos e seus respectivos bairros

Fonte: Adaptado de Instituto Pereira Passos, Armazém dos Dados, 2013.

A ESF, apesar de criada em 1993 pelo MS, teve início no Município do Rio de Janeiro em 1995. A primeira unidade foi localizada na Ilha de Paquetá, e somente em 1999 houve uma expansão para outros 5 bairros: Usina (Favela do Borel), Jacarepaguá (Favela do Anil), Campo Grande (Favela Vilar Carioca), Ilha do Governador Favela Parque Royal) e Rocinha (Vilas Canoas) (CAZELLI, 2003).

A demora em ganhar centralidade na agenda governamental proporcionava resultados pouco significativos quanto ao percentual de cobertura da ESF nos grandes centros urbanos (mais de 100.000 habitantes). Entre 2000 e 2005 houve no município do Rio de Janeiro um pequeno avanço na proporção da cobertura populacional estimada, passando de 1,36% para 4,68%. Em 2002, um incentivo financeiro do Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) permitiu ao MS estruturar o projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (BRASIL, 2003b).

O município do Rio de Janeiro, com uma população de 6.390.290 habitantes, conforme dados do Departamento de Atenção Básica do MS analisados até setembro de 2015, possui cobertura para 2.842.800 habitantes (**Tabela 2**). Apesar de ainda apresentar dados distantes do ideal, por muito tempo o município não investiu na atenção básica. Somente em 2009, na primeira gestão do prefeito Eduardo Paes (2009-2012), foi possível verificar avanços consideráveis na cobertura da atenção primária.

Tabela 2 – População atendida pela ESF entre 2000 e 2015

| Ano | Mês | População | Proporção de cobertura populacional estimada | Estimativa da população coberta pela ESF |
|------|-----|-----------|--|--|
| 2000 | 7 | 5.598.953 | 1,36 % | 75.900 |
| 2005 | 7 | 5.974.081 | 4,68 % | 262.200 |
| 2010 | 7 | 6.161.047 | 12,26 % | 755.550 |
| 2015 | 7 | 6.390.290 | 45,4 % | 2.842.800 |

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Unidade Geográfica: Município – Rio de Janeiro.

Na mesma ocasião verificou-se a implantação do “Programa Saúde Presente, marcando o início de uma nova fase no atendimento à saúde da população carioca”. Lançado em 2009, o programa objetiva a territorialização da assistência, atendendo regiões até então “prejudicadas na gestão de saúde”. Sua implantação proporcionou uma maior integração entre os serviços da prefeitura, além de melhorar o acesso, e reduzir os indicadores de mortalidade infantil e de qualidade de vida (RIO DE JANEIRO, 2015¹⁶).

Os bons resultados ocorrem com a mudança no modelo de assistência que se caracteriza de forma ‘personalizada e multiprofissional’, diminuindo “gastos hospitalares na medida que aumenta a medicina preventiva” e as “orientações sobre promoção e prevenção e realizando o diagnóstico precoce de doenças” (RIO DE JANEIRO, 2015¹⁷).

Nesse período, houve grande incentivo para que os servidores municipais aderissem ao PSF. Para tanto, foi realizado um processo seletivo entre os servidores municipais visando o remanejando destes para nela atuarem no PSF. Em 2003, a coordenação municipal implantou nove equipes matriciais denominadas Grupos de Apoio Técnico - GAT. A composição era multiprofissional, abrangendo ginecologista, pediatra, clínico geral, enfermeiro, dentista, nutricionista, assistente social, sanitaria, terapeuta ocupacional, profissional de saúde mental, fisioterapeuta e fonoaudiólogo oriundos do quadro de servidores municipais. À época, não contava ainda com PEF. Note-se que essa composição dependia da necessidade de cada território, não se construindo, portanto, de forma homogênea (SILVA, 2012, p. 74).

No final da gestão César Maia, em 2008, o percentual de cobertura era ainda muito baixo, possuindo o município 132 equipes de Saúde da Família cadastradas no MS, o que correspondia a 7,2% de cobertura populacional do município (BRASIL, 2012a).

¹⁶ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde Presente. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

¹⁷ RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde Presente. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/saude-presente>>. Acesso em: 15 ago. 2015.

A gestão municipal [Prefeito Cesar Maia] permaneceu durante décadas em oposição política-partidária com o governo federal, o que dificultou a expansão e consolidação da ESF. Em 2009, na gestão do atual prefeito Eduardo Paes e do secretário de saúde Hans Dohmann, a expansão da ESF é adotada como a principal prioridade na SMS, agora denominada Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), sendo a defesa civil incorporada na secretaria municipal de saúde. Nesta gestão destaca-se a articulação político-partidária entre as três esferas de governo, o que torna o momento favorável às negociações em torno da priorização da atenção básica com a implantação e a expansão da ESF” (SILVA, 2012, p. 75).

À época se dá início à implementação nas unidades de atenção básica do modelo de gestão pública¹⁸ inspirado nas empresas privadas, por meio das Organizações Sociais (OS), criadas a partir do Plano Diretor da Reforma do Estado¹⁹.

Em meio a esse movimento de expansão da ESF no município do Rio de Janeiro, iniciou-se o processo de implantação do Nasf, abrangendo três momentos. O primeiro, como já mencionado, representa a passagem de governo do Prefeito Cesar Maia para o Prefeito Eduardo Paes no ano de 2009, quando ocorrem mudanças nas prioridades de investimento na atenção básica. O segundo é constituído pela a rápida e impositiva captação de funcionários públicos para atuarem nas unidades municipais de saúde para atender as exigências do MS. Por último, mencione-se a mudança de coordenação em 2012 que passa da Coordenação de Policlínicas para a Coordenação da Saúde da Família do município (LOPES, 2013). Com isso, o Nasf ganhou maior direcionamento, o que possibilitou a realização de oficinas de qualificação com gestores, profissionais de saúde do Nasf e SF, iniciadas em 2011, sob a coordenação do Departamento de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2011c). Essas ações qualificavam as equipes, formando multiplicadores do processo de trabalho, além de possibilitarem a estruturação no Nasf, cuja ampliação numérica pode ser verificada na **tabela 3** que se segue.

¹⁸ O modelo de Gestão pública quando geridos por funcionários públicos, segundo Motta (2013, p. 86), apresenta-se vulnerável a interesses políticos, resultando em um baixo desempenho. Desta forma, a modernização administrativa e a gestão privada reduziriam a interferência política.

¹⁹ Essas organizações constituem-se em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, possuindo autorização do poder legislativo para estabelecer contrato de gestão com a SMSDC, iniciados em 2009. A partir daí novas estruturas são implementadas como as “Clínicas da Família” (MOTTA, 2013).

Tabela 3 – Equipes de Nasf no município do Rio de Janeiro de 2009 a outubro de 2015

| Ano/mês Competência | Equipes |
|---------------------|---------|
| 2009/Dez | 0 |
| 2010/Dez | 11 |
| 2011/Dez | 42 |
| 2012/Dez | 49 |
| 2013/Dez | 56 |
| 2014/Dez | 58 |
| 2015/Set | 76 |

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE.

3.5 O PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA DA SAÚDE E SUA APROXIMAÇÃO COM O NASF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Contemplado em meio aos editais promovidos pelo MS/SVS no ano de 2007, o programa foi efetivamente implementado em 2009 através da Assessoria de Atividade Física (ASSAF), da Secretaria Municipal de Saúde (CARDOSO; OLIVEIRA, 2012). As dificuldades²⁰ encontradas pelo município em implementar políticas de atenção básica como a ESF, resultaram em atraso nas implementações de projetos que aproximam a promoção da saúde de ações comunitárias. Hoje, o Programa Academia Carioca da Saúde (Pacas), encontra-se em 182 (**Ilustração 3**) unidades municipais de saúde e é categorizado como similar ao PAS – Programa Academia da Saúde, o que possibilita investimentos federais.

²⁰ Os investimentos no governo do prefeito Cesar Maia (2005-2009) concentraram-se no modelo centralizado em hospitais, havendo, além disso, uma ruptura política com o governo federal resultando em insignificantes investimentos na atenção básica. O panorama começa a mudar com a entrada do prefeito Eduardo Paes e investimentos na expansão da ESF e Nasf (MOTTA, 2013).

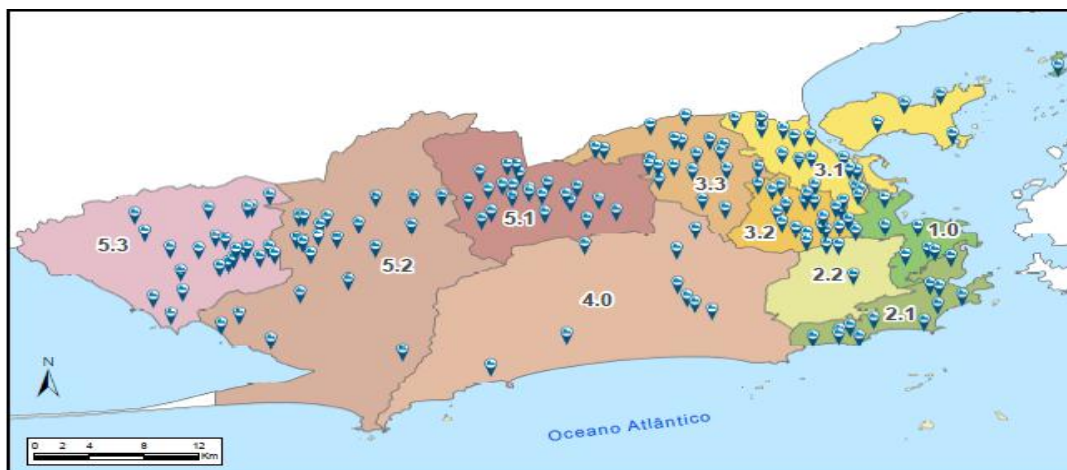


Ilustração 3 – Distribuição das Academias Cariocas de Saúde no município do Rio de Janeiro

Fonte: Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV (Dados Primários).

No ano de 2009 dois projetos de ações comunitárias envolvendo a promoção da saúde foram implantados por meio de uma resolução conjunta da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC) - Resolução nº 002/2009: os Projetos Academia da Terceira Idade (ATI) e Academia Carioca da Saúde e Envelhecimento Saudável (ACSES). A primeira caracteriza-se pelo fato de suas ações ocorrerem em espaços públicos como praças e quadras, e a segunda, em unidades de saúde (RIO DE JANEIRO, 2009). O programa ACSES foi rebatizado de PACAS e hoje faz parte da Superintendência de Promoção da Saúde (SPS) e coordenado pela Assessoria de Atividade Física (ASSAF) (RIO DE JANEIRO, 2013).

No PACAS, o incentivo à prática da atividade física constitui ferramenta de promoção da saúde dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando reduzir o nível de sedentarismo na população, estimular o convívio social por meio da construção de redes de apoio, gerar melhorias no modo de vida e hábitos alimentares, como também estimular a cultura, o enfrentamento da violência, entre outros (PADILHA, 2015). O programa pode ser encontrado junto aos Centros Municipais de Saúde (CMS) e Clínicas da Família (CF).

As unidades da Academia Carioca de Saúde organizam suas ações em duas áreas de atuação integradas (**Quadro 4**): área específica da atividade física, ou seja, atividades coletivas e área multiprofissional de atenção primária que exige uma intervenção individualizada (BRASIL, 2013c). As ações individualizadas devem ser ofertadas de forma organizada e sistematizada para os casos que precisam de acompanhamento prolongado e avaliação individual, ainda que não deva ser a principal ação do serviço. Os critérios para selecionar os usuários que irão receber este tipo de abordagem devem ser pactuados pela equipe de saúde conjuntamente com os trabalhadores da ESF e do NASF (BRASIL, 2013c).

| Área específica da atividade física | Área multiprofissional de APS |
|---|--|
| 1- Contam com 10 aparelhos; 2- Ginástica livre e com materiais; 3 - Alongamento; 4 - Grupo de caminhada; 5- Dança de salão; 6 - Artes marciais; 7 - Hidroginástica; 8 - Ginástica laboral; 9- Atividades recreativas e esportivas, atividades culturais (capoeira, ciranda, jongo) | 1- Em conjunto com a equipe da APS o mapeamento do território, 2- Anamnese e avaliação antropométrica, 3- Aferições de pressão arterial e glicemia capilar, 4- Apoio matricial, 5- Interconsultas, 6- Desenvolvimento de grupos/oficinas educativas, 7- Visita e atendimento domiciliar, educação permanente, 8- Ações multissetoriais e apoio às mobilizações para prevenção de doenças e promoção da saúde. |

Quadro 4 – Os profissionais de educação física organizam sua atuação em duas integradas

Fonte: MS/SVS Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013.

A implantação do Nasf no município do Rio de Janeiro pode ser considerada um processo recente e ainda em andamento, assim como a ESF. Desta forma, torna-se importante conhecer o perfil dos usuários e os desafios dos profissionais de educação física (PEF) atuantes no PACAS por ser o local de integração entre estes e a ESF. A partir da análise dos dados será possível conhecer melhor estes profissionais, numa perspectiva de contribuição para o processo de melhoria da oferta de serviço no Nasf.

Tabela 4 – Números de PEFs atuando nas Acas, Academias cariocas de saúde e total de participantes por AP no município do Rio de Janeiro

| Ano/mês competência | Nº de Academias Cariocas de Saúde | Nº de PEF atuando nas Pacas – RJ | Total de usuários participantes |
|----------------------------|--|---|--|
| 2009 | 3 | 3 | 417 |
| 2010 | 20 | 17 | 3694 |
| 2011 | 46 | 55 | 8600 |
| 2012/out | 73 | 87 | 22.082 |
| 2013 | 80* | 89* | 46.000* |
| 2014/dez | 178* | 140* | 66.400* |
| 2015/out | 182 | 104 | 78.697 |

Fonte: Adaptado de Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV/SMSDC-RJ (Dados Primários).

A tabela acima apresenta um total de 104 PEF atuando no Pacas, demonstrando uma rápida expansão desde 2009. O início do programa havia somente três profissionais de EF para 417 alunos, em uma relação de 139 alunos por professor. Em 2015 tem-se 104 PEF para 78.697 usuários, em uma proporção de 756,7 alunos por professor. Xavier e Espirito-Santo

(2011) em sua pesquisa sobre os PEF no Nasf no município do Rio de Janeiro detectaram em suas entrevistas uma grande demanda para apenas um profissional. Essa era umas das queixas apontadas nas entrevistas com PEF do Nasf atuantes no Pacas.

Tabela 5 – Distribuição Acas com aparelhos e sem aparelhos por AP

| AP | Acas com aparelhos | Acas sem aparelhos |
|------------|---------------------------|---------------------------|
| 1.0 | 7 | 2 |
| 2.1 | 3 | 9 |
| 2.2 | 1 | 1 |
| 3.1 | 14 | 13 |
| 3.2 | 15 | 4 |
| 3.3 | 5 | 14 |
| 4.0 | 4 | 5 |
| 5.1 | 17 | 7 |
| 5.2 | 16 | 6 |
| 5.3 | 14 | 10 |

Fonte: Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV/SMSDC-RJ.

No que refere aos aspectos de infraestrutura das academias, a expansão se deu de forma heterogênea. Em algumas APs encontram-se Academias Cariocas de Saúde sem a utilização de aparelhos em suas ações, o que acaba demandando protocolos diferentes de atendimento de uma unidade para outra. Medida que pode ser explicada pela política de redução de custos implementadas pelo médico sanitário Daniel Soranz que, ao assumir a Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) em 2010, na pretensão de aumentar a eficácia/eficiência das ações por meio da reorganização do sistema de saúde, o que supostamente produziria maior efetividade dos serviços (DA SILVA, 2013, p. 32).

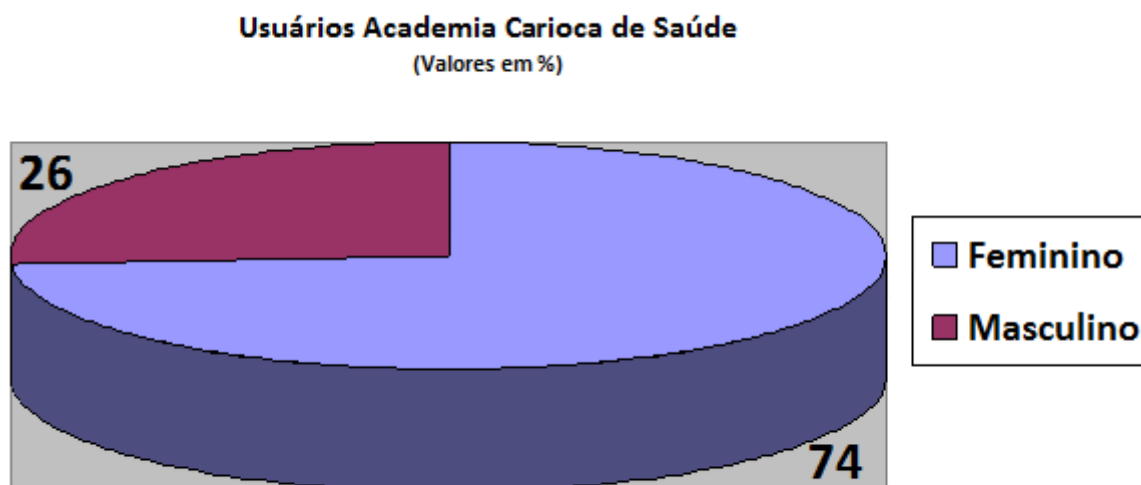


Ilustração 4 – Gráfico do percentual de usuários de cada gênero.

Fonte: O autor, 2016.

O primeiro aspecto que chama atenção é o fato de a maioria dos usuários ser do sexo feminino (**Ilustração 4**). Em 2008, o MS lança alinhado a PNAB, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com as estratégias de humanização e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. As ações visavam aproximar o homem da atenção básica, tendo em vista o reconhecimento de que eles adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, o que tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS (BRASIL, 2008b).

Gomes et al. (2011) no que se refere à ausência ou invisibilidade do homem na atenção primária, apontam para duas dimensões dignas de atenção: a estrutural e a simbólica. A estrutural diz respeito ao baixo investimento na organização do serviço em uma perspectiva de gênero, “reforçando o senso comum de que os homens não são usuários da atenção primária”. A segunda é a simbólica que remete à consideração de temas do universo masculino, “como a dificuldade que homens têm em se desnudar para o profissional, demandando uma privacidade no atendimento”. Considera-se que o PEF atuante no Nasf deve compreender as diferenças entre os gêneros presentes na sociedade, visto que o usuário do sexo masculino carrega tabus que exigem ações que o aproximem das políticas públicas de autocuidado na APS.

Tabela 6 – Faixa etária dos usuários participantes

| Faixa etária | Percentual |
|---------------------|-------------------|
| ≤18 | 3% |
| 19-35 anos | 11% |
| 36-45 anos | 13% |
| 46-60 anos | 31% |
| >60 | 42% |

Fonte: Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV (Dados Primários).

Tabela 7 – Distribuição Acas com aparelhos e sem aparelhos por AP. Perfil de risco dos usuários participantes

| Riscos | Percentual de usuários |
|--|-------------------------------|
| Hipertensos | 80% |
| Diabéticos | 32% |
| Excesso de peso (Sobrepeso e Obesidade) | 66% |

Fonte: Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV (Dados Primários).

As **tabelas 6 e 7** apresentam a faixa etária e o percentual de usuários de grupos de risco. A idade da maioria se encontra na faixa acima dos 60 anos (42%). Desses, segundo dados de 2012, 43% ingressaram por demanda espontânea, através das ações comunitárias no Pacas. Outros 54% foram encaminhados pela unidade de saúde e 3% são funcionários.

As DCNT são o foco principal do Programa e o PEF deve voltar atenção para os grupos de riscos e idosos. 80% dos usuários apresentam hipertensão, 32% são diabéticos e 66% apresentam excesso de peso. O objetivo do Programa é promover uma aptidão física e funcional em seus participantes de modo a manter ou desenvolver sua autonomia sobre as atividades da vida diária (ENGSTROM et al., 2012).

Os resultados se mostram satisfatórios no combate aos riscos cardíacos dos usuários. Segundo o informativo das Academias Cariocas de outubro/2015, o peso corporal diminuiu em 92% dos usuários. O Indicador de Massa Corporal diminuiu em 89% dos usuários. Em 2015 77% dos usuários ao chegarem à Academia carioca utilizavam algum tipo de medicação que foi bastante reduzida pela frequência às atividades: 14,5% deixaram de ingerir remédios, 84% diminuíram a dosagem e 80% diminuíram a frequência/dia de uso de medicamentos.

Caso o paciente não apresente resultados durante as aulas coletivas ou apresente um fator de risco, haverá a necessidade de uma intervenção individualizada, e neste caso, a

abordagem deve ser entendida como uma possibilidade a ser ofertada de forma organizada e sistematizada para os casos que precisem de acompanhamento prolongado e avaliação individual (BRASIL, 2013c).

Os critérios para selecionar os usuários devem ser pactuados pela equipe de saúde conjuntamente com os trabalhadores da ESF e do NASF, neste sentido o fortalecimento das reuniões dos espaços multiprofissionais como as de matriciamento devem construir projetos terapêuticos baseados no contexto do sujeito com uma agenda pré-determinada (**Quadro 5**) construídas nas reuniões, oficinas ou visitas de rotina (BRASIL, 2013c).

| Seg | Terça | Quarta | Quinta | Sex |
|-----|--|--|--|-----|
| | Grupo de atividade física (aparelhos) 8hs – 11hs | Grupo de atividade física (aparelhos) 8hs – 11hs | Grupo de atividade física (aparelhos) 8hs - 11hs | |
| | Inscrições/avaliações /reavaliações 11h – 12h | Inscrições/avaliações /reavaliações 11h – 12h | Reunião Nasf/ Planejamento ações e visitas 11-12hs | |
| | Almoço 12hs-13hs | Almoço 12hs-13hs | Almoço 12h-13hs | |
| | Planilhas 13-14hs | Grupo de alongamento 13hs-15hs | Reunião Nasf/ Planejamento ações e visitas 13-14hs | |
| | Visita domiciliar/ Reunião equipe 14hs/16hs | Grupo de atividade física (aparelhos) 16hs-18hs | Grupo sobrepeso e obesidade 14hs as 16hs | |
| | Grupo de atividade física (aparelhos) 16hs -18hs | Grupo de atividades físicas (Ritmos) 16hs-18hs | Grupo de atividade física (aparelhos) 16hs - 18hs | |
| | Grupo de atividade física (Circuito funcional) 18hs-19hs | | Grupo de atividade física (circuito funcional) 18hs-19hs | |

Quadro 5 – Horário de funcionamento e atividades do Programa Academia Carioca da Saúde na CF Olímpia Esteves

Fonte: Clínica da família Olímpia Esteves – AP 5.1 (quadro de horários da unidade).

A pactuação de abordagens clínicas seguem os Protocolos Clínicos do MS que são diretrizes propostas para o cuidado de indivíduos com doenças e agravos. Os protocolos constituem o consenso sobre a condução terapêutica, sistematizando tecnologias disponíveis, conhecimentos e processos operacionais para orientar o cuidado de forma segura (BRASIL, 2009b, p. 93).

3.6 O NASF E SUAS FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS DE APOIO E ATENÇÃO

O Nasf deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem no apoio e em parceria com os profissionais das equipes de Saúde da Família, com foco nas práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade da equipe da SF Brasil (BRASIL, 2009b, p. 11).

Dando apoio e organização à atuação multiprofissional no Nasf, algumas ferramentas de atuação são pautadas no Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2010), dentre elas o apoio matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), e o Projeto de Saúde no Território (PST). Tais ferramentas serão brevemente abordadas a seguir.

Clínica ampliada

A proposta de Clínica Ampliada se direciona a todos os profissionais que fazem clínica, ou seja, os profissionais de saúde na sua prática de atenção aos usuários. Toda profissão faz um recorte, um destaque de sintomas e informações, cada uma de acordo com seu núcleo profissional. Ampliar a clínica significa justamente ajustar os recortes teóricos de cada profissão às necessidades dos usuários (BRASIL, 2009b, p. 25).

Os desafios não são poucos quando se observam os cinco movimentos da Clínica ampliada definidos nas diretrizes do Nasf: 1. Compreensão ampliada do processo saúde-doença; 2. Construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; 3. Ampliação do “objeto de trabalho”; 4. A transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e 5. Suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009b, p. 26).

Pensar a Clínica Ampliada e os recortes teóricos que envolvam a atuação do PEF, requer uma minuciosa estruturação dos cursos superiores de EF. E já há movimentos nesse sentido, como a criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS), em 2011 (FONSECA et al., 2011), e a organização do I Congresso Brasileiro de Ensino da Educação Física para a Saúde, em 2013, ambos representando excelentes oportunidades para a refletir a formação do PEF.

Apoio Matricial

O apoio matricial é uma ferramenta de complementação do processo de trabalho das “equipes de referência” da ESF, nas quais a responsabilidade sobre os usuários de um dado território de abrangência está em um grupo e não em um profissional. O que se “busca é construir a responsabilidade de pessoas por pessoas” (BRASIL, 2009b, p. 12). Ou seja, o que

se pretende é a implementação de uma lógica de corresponsabilização, conforme as ressaltam Campos e Domitti (2007).

O conceito de apoio matricial elaborado em 1989, foi inicialmente pensado com vistas às mudanças na organização da atenção básica e do trabalho em saúde e acabou adotado por profissionais atuantes na saúde mental, na atenção básica e nos programas do MS como o Humaniza-SUS e o SF (CAMPOS, 1999; SÁ BRITO, 2015). O matriciamento no Nasf deve oferecer às equipes de referência da ESF apoio a questões assistenciais, o que acontece principalmente através de discussões de caso, visitas domiciliares e interconsultas²¹, e com suporte técnico-pedagógico. Na prática profissional, o apoiador matricial apresenta duas dimensões: o suporte assistencial com ação direta com o usuário ou família; e o suporte técnico-pedagógico com ações de apoio educativo com e para a equipe de referência (BRASIL, 2013c).

No caso do PEF, Coutinho (2011, p. 44) observa que sua atuação como apoiador matricial poderá auxiliar um grupo de hipertensos ao avaliá-los visando a prescrição de práticas corporais/atividades físicas -- PCAF -- mais adequadas à sua condição de saúde, ação realizada em conjunto com o grupo de profissionais de referência. Na dimensão técnico-pedagógica, o profissional de educação física assume a responsabilidade de reproduzir apoio educativo com a equipe multidisciplinar de saúde, sendo que o mesmo profissional que está “referenciado em mais de uma equipe de SF poderá planejar reuniões com diversos profissionais de saúde, de modo a produzir, prover e trocar informações sobre os cuidados com a prática de caminhada” (COUTINHO, 2011, p. 44).

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

O PTS é um recurso clínico e gerencial constituído por “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual e coletivo, resultando da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário” (BRASIL, 2009b, p. 27). Trata-se de ferramenta que busca integração profissional em casos de ações mais complexas, ou seja, situações que envolvam usuários ou famílias (BRASIL, 2013c).

O PTS se desenvolve com base em quatro etapas: diagnóstico, estabelecimento de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação (BRASIL, 2009b, p. 28). O diagnóstico

²¹ Conforme a Portaria no. 154 de 24 de janeiro de 2008 do MS que cria o Nasf as interconsultas são ações desenvolvidas de forma integrada entre profissionais do Nasf e os médicos generalistas e os demais integrantes das equipes de SF que estejam somando saberes a uma assistência de grupos específicos como a saúde mental e saúde da mulher ou Educação permanente.

consiste na avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário; na definição de metas, a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo que serão negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo; a divisão de responsabilidades implica nas definições claras das tarefas; e a reavaliação constitui o momento em que se discutirá a evolução da situação e a necessidade de correções de rumo.

Projeto de Saúde no Território (PST)

Trata-se de uma estratégia utilizada por equipes atuantes na atenção primária à saúde visando ações que articulem serviços de saúde a outros serviços de forma que as políticas de saúde sejam exercidas em um território. O PST é um investimento em qualidade de vida, na autonomia de sujeitos e comunidades em seu território (BRASIL, 2013c).

O PST deve iniciar-se pela identificação de uma área e/ou população vulnerável ou em risco. Tal identificação pode acontecer a partir de um “caso clínico” que chame a atenção da equipe, como uma idosa com “marcas de queda” e que pode ser vítima de violência. Bem como pode ser feita com base na análise da situação em saúde. Outro exemplo: a alta prevalência de adolescentes grávidas (BRASIL, 2009b, p. 29).

Pensar o território é ampliar a clínica frente à complexidade crescente de se trabalhar com os determinantes sociais da saúde (DSS), coloca-se o desafio de se organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, seja voltado para as pessoas, famílias, grupo específico (gestantes, hipertensos etc.) e comunitário (BRASIL, 2013c).

Apesar dos esforços em elaborar políticas que aproximem a saúde pública das necessidades de saúde locais, é possível encontrar desconhecimento dos usuários sobre a sigla Nasf. É o que é analisado em um estudo exploratório elaborado por Souza et al. (2013) que mostra um fraco envolvimento das equipes do Nasf em uma comunidade de porte médio de Minas Gerais.

A implantação recente do Nasf – 2008 – e a formação em saúde marcada pelo enfoque biológico, podem ser as respostas para as dificuldades encontradas em sua implementação. A respeito, Nascimento e Oliveira, (2010, p. 95) afirmam que “a formação dos profissionais não atende às necessidades do SUS, muito menos na Atenção Básica, distante de questões tão singulares como vínculo, acolhimento, escuta e trabalho em equipe, indispensável para a proposta no Nasf”. O que se verifica é a necessidade de pensar a educação permanente em saúde, de forma que a rotina coletiva de serviços seja construída em espaços interdisciplinares para reflexão e avaliação.

O MS, através de iniciativas conjuntas com o Ministério da Educação, vem desenvolvendo ações estratégicas como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Unasus, Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS) e o PET-Saúde, com a finalidade de reorientar os processos formativos, a atenção à saúde e a produção de conhecimento em saúde no Brasil (SANTOS et al., 2014, p. 144).

Nesse contexto, a reorientação das práticas e as mudanças na própria formação são questões que vêm sendo discutidas com maior ênfase nos últimos anos, mas ainda se colocam como grande desafio (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Desafios esses que são analisados por Benedetti e Borges (2014, p. 57) que tratam da seleção do profissional de EF nos municípios de Carangola-2011 e Florianópolis-2008, apontando que não foram considerados os objetivos do Nasf no que se refere à intervenção comunitária por parte dos profissionais selecionados.

4 A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA EM UMA PERSPECTIVA AMPLIADA

4.1 FORMAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL E SUA TRAJETÓRIA NA SAÚDE

Pensar o processo de formação profissional de qualquer segmento da classe trabalhadora requer o entendimento do processo de organização econômica e regulação social do século XX, denominado taylorismo-fordismo, caracterizado “pela automação” (KUENZER, 2007, p. 3), pela produção padronizada em massa, separação entre trabalho manual e intelectual, políticas públicas de recorte keynesiano, entre outros aspectos

No Brasil, a partir dos anos 1940, o processo de substituição das exportações implementado por Vargas, acelera a necessidade de formação para o trabalho²² dos trabalhadores e seus filhos para atender às necessidades, sobretudo do setor industrial, em expansão²³. Com isso, permanece a histórica dualidade do sistema de ensino brasileiro: para estes, as escolas profissionais; para as camadas sociais mais favorecidas, as escolas propedêuticas, visando o acesso às universidades (KUENZER, 2007).

Até hoje essa dualidade não foi superada e se expressa no mercado de trabalho em saúde, o que significa que os procedimentos que exigem maior complexidade encontram-se a cargo das qualificações superiores e os de baixa complexidade ou elementares, com os profissionais de nível médio (MACHADO, 2012). Segundo Amâncio Filho, (2004, p. 377), uma das reivindicações do movimento de reforma sanitária²⁴ na década de 1980, era a urgente melhoria dos processos de formação dos profissionais da saúde, tendo em vista a baixa qualificação dos trabalhadores e nível médio e elementar

Campos et al. (2012), afirmam que o processo de formação do profissional de saúde data do fim do século XIX, quando se deu aproximação da medicina ao método científico, ganhando o status de “verdadeira ciência da saúde” (LIMA, 2013). Outro instrumento que

²² A formação profissional neste período foi marcado por sua precária e aligeirada estruturação, expressa ainda em 1937 com a lei nº378\37 que representava a construção do “braço do ensino brasileiro” marcado pela unificação de instituições de ensino profissionalizantes em liceus profissionais, além de conceder incentivos fiscais à iniciativa privada, caso investisse no ensino profissionalizante. (AZEVEDO et al., 2012).

²³ Nesse período acreditava-se que as chamadas indústrias de base seriam fundamentais para o desenvolvimento do país, tendo sido fundadas por Vargas Companhia Siderúrgica Nacional (1940), a Companhia Vale do Rio Doce (1942), a Fábrica Nacional de Motores (1943) e a Hidrelétrica do Vale do São Francisco (1945).

²⁴ A Reforma Sanitária Brasileira almejava não apenas a reforma setorial no sentido democratizar o setor saúde e estabelecer proteção social com a garantia do direito à saúde integral (MATTOS, 2006), mas também livrar o país do regime autoritário instituído pelo golpe militar de 1964. (MATTOS, 2006).

impulsiona a medicina à predominância no processo de trabalho da saúde é o relatório Flexner, publicado no início do século XX, conhecido por normatizar as bases para o ensino médico calcado no modelo científico. Sua introdução no Brasil ocorre na década de 1940 (CAMPOS et al., 2012). Sobretudo a partir dos anos 1970, a formação profissional em saúde ganha outra perspectiva com os debates²⁵ nacionais e internacionais envolvendo o processo de saúde-doença, o questionamento da centralidade médica como norteadora do modelo de assistência com a implementação do SUS e a ampliação do conceito de saúde, conforme definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em meados dos anos 1980. De acordo com Arouca (1986), é a partir desse momento que se passa a conceituar no país a relação saúde-doença para além dos aspectos de caráter biológico.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (CNS, 1986, p. 04).

Paralelamente às discussões sobre a ampliação do conceito de saúde, inicia-se à época o debate sobre uma nova organização de produção, o Toyotismo, de inspiração japonesa. Alves (2011) se refere a esse período como a “quarta revolução tecnológica” caracterizada, entre outros aspectos, pela “dessocialização do trabalho vivo”²⁶, tendo em vista as implicações da reorganização do capitalismo, a grande demanda tecnológica e a formação do novo trabalhador.

A reestruturação do processo produtivo se apresenta no país sobretudo a partir da década de 1990 com o alinhamento político e ideológico ao neoliberalismo²⁷, cuja lógica é pautada não apenas na flexibilização da organização da produção, mas também no controle, ou segundo o mesmo autor, na captura da subjetividade dos trabalhadores, enfim, por uma nova sociabilidade capitalista.

²⁵ Os debates nacionais envolvendo a reforma sanitária, se dividem em três momentos. O primeiro segundo Arouca, (2003) ocorre em 1975 com a construção da ideia de “dilema preventivista”, a criação dos Centro Brasileiro de Estudos em Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. O segundo momento é marcado pela defesa na Câmara dos Deputados, da criação do SUS com o documento “A questão democrática na área da saúde”. Por último, a apresentação do “Projeto” na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 (DA SILVA, 2011, p. 3). Os debates internacionais envolveram organismos como a OMS, OPAS e Banco Mundial nos anos 1980 (PAIM; TEIXEIRA, 2007)

²⁶ A dessocialização do trabalho vivo é utilizada por Alves (2011) no contexto de mudanças estabelecidas no modo de produção, onde o trabalhador incorpora o movimento de inovações tecnológica que resultam em perdas sociais e de identidade.

²⁷ Eram as mudanças do modelo de regime econômico, com fortalecimento da política neoliberal que tem na lógica do mercado e na reorganização do estado os seus pilares mais danosos. (RIZZOTTO, 2012).

Assim, o processo de qualificação fordista, caracterizado pela formação técnica e especializada (ALVES, 2011) não se ajustava à nova demanda do mercado, fazendo-se necessário um novo trabalhador, mais participativo, produtivo, flexível e polivalente, considerado ideal do ponto de vista econômico, político e ideológico. Quanto a esse período Chinelli, Vieira e De Luiz (2013) apontam conceitos como competência, empregabilidade, empreendedorismo, etc., com base nos quais são formulados e implementadas práticas gerenciais que procuram estabelecer a adesão dos trabalhadores à nova realidade do trabalho. Trata-se, segundo Alves (2011) de conceitos que promovem “visões cor-de-rosa” pela facilidade de aceitação por parte dos meios de comunicação que promovem essa percepção edulcorada do trabalho contemporâneo. Vale lembrar que esse processo resultou no “deslocamento de trabalhadores do setor industrial” para o setor de serviços e na “expansão dos serviços ligados ao cuidado com as pessoas” (CHINELLI; VIEIRA, 2013). De fato, ao menos no caso do mercado de trabalho em saúde, quando comparado a outros segmentos em crise, apresentou nas décadas de 1970 e 1980 taxas²⁸ significativas de emprego, visto que por lidar com seres humanos, mesmo considerando o desenvolvimento tecnológico da área, a saúde continua a exigir emprego de trabalho vivo (CHINELLI; VIEIRA, 2013). No caso brasileiro, cabe ressaltar a abertura de postos de trabalho, em boa parte precários, devido principalmente à expansão da atenção básica a partir da década de 1990.

4.2 FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA E OS AJUSTES AS NOVAS DEMANDAS DO CAPITAL

Nesse contexto de transformações aceleradas que começavam a ser visíveis a partir dos últimos anos da década de 1980, anunciam novos olhares sobre o corpo por parte de grupos “conservadores/corporativistas” e “progressistas/ revolucionários” (NOZAKI, 2015, p. 189). À época, ouviam-se no país os primeiros ecos do neoliberalismo que apontavam para uma reorganização do Estado, para a possibilidade de redução de direitos, ao mesmo tempo em que começavam a surgir novos nichos de mercado para os PEF que se incorporavam ao trabalho fora do ambiente escolar, como as academias de ginástica, impulsionadas pela corrente conservadora/corporativista.

²⁸ "De fato, entre 1970 e 1976, a força de trabalho em saúde e o emprego no setor cresceram à taxa geométrica média anual de 13%, mais do que o dobro da média nacional. Contudo, no período compreendido entre 1976 e 1980 baixou para 8,6%; e t entre 1980 e 1984, de 6,2%, chegando a 4,3% entre 1984 e 1987 (GIRARDI, 1999). Entretanto, quando comparado ao crescimento dos demais setores --1,3% no período (1984 1 1987) --, o emprego na saúde praticamente quadruplicou (MÉDICI, 1993 apud CHINELLI; VIEIRA, 2013, p. 1593).

A corrente conservadora surge na era Vargas (1932-1945) com a estruturação profissional da EF. Seu discurso estava presente em um ideal eugênico que se caracterizava por uma postura fascista. A “Revista Educação Física” organizada pela elite da época, era o periódico que propagava suas palavras de ordem em defesa do “mais saudável patriotismo” (SOUZA NETO, et al., 2004, p. 116). Durante quarenta anos foi a corrente que organizou a formação em EF, e só veio a encontrar oposição nos anos 1980, com o surgimento da corrente progressista/revolucionária, recém-saída dos primeiros cursos pós-graduação em EF (SOUZA NETO, et al., 2004).

No cenário dos 1980, havia a necessidade de formar profissionais que atendessem às práticas corporais extraescolares, o que implicou em ajustes de parte do campo da educação física às novas demandas do capital. Isso conduziu aos primeiros embates em torno da regulamentação da profissão, da reserva de mercado para os profissionais de educação física e à demanda de uma formação específica através dos cursos de bacharelado, visando atender ao setor privado, tal como reivindicava o grupo conservador.

Cabe ressaltar que a regulamentação da EF não é um movimento que surge na década de 1980. Embora as condições para tanto não fossem favoráveis, desde os anos de 1940 já é possível encontrar tentativas nesse sentido. A primeira iniciativa ocorreu em 1941, com a exigência de apresentação de diploma de licenciado (SOUZA NETO, et al., 2004). Em 1946 ocorre de forma mais organizada a tentativa de regulamentar a profissão de educador físico, ocorrendo na ocasião a criação da Associações dos Professores de Educação Física (APEF's). Em 1946, a reunião de várias associações, surgiu a, Federação Brasileira das Associações de Professores de Educação Física – FBAPEF, não obtendo, porém, sucesso (CONFEF)²⁹.

Na década de 1950, renomados professores como Inezil Penna Marinho, Jacinto Targa e Manoel Monteiro apresentaram esta ideia e defendiam sua importância, na esteira da regulamentação de outras profissões, como advogados e médicos. Segundo o CONFEF (1999) a ideia não foi adiante porque os cursos de EF priorizavam a formação escolar, segmento regulamentado desde a constituição de 1937. No entanto, fora da escola inúmeros instrutores de ginástica, técnicos em massagem e médicos especializados em educação física não eram regulamentados.

De 1934 até 1987, formavam-se em EF dois profissionais: um generalista, com equivalência à licenciatura, com um tempo maior de formação que variou ao longo do tempo; e um especialista ou técnico, cuja formação ocorria em um período menor de tempo. Quanto a

²⁹ CONFEF. **Regulamentação da Educação Física no Brasil.** Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=16>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

esse período, Faria Junior (2013, p. 233) apresenta as contradições na formação do PEF. Enquanto as demais profissões que atuavam na escola formavam diretamente para lecionar (licenciaturas), o PEF tinha o “título de técnico especializado” (em educação física), mesmo tendo cursado a licenciatura, ele era considerado generalista (Não especialista).

A divisão da formação entre professores de educação física e profissionais técnicos só foi organizada em 1987 com a promulgação do parecer CFE n. 215/87 e da resolução CFE n. 03/87, que criou o curso de bacharelado em EF (SOUZA NETO et al., 2004). Essa divisão da formação foi fortemente discutida pela corrente conservadora que desejava no bacharelado um profissional especializado em um segmento como desporto, dança, recreação, enquanto a corrente crítica desejava um profissional generalista, com formação em licenciatura, mas capaz de atuar fora da escola. A proposta generalista agradou aos conservadores, tendo sido logo adotada em uma espécie de “licenciatura ampliada”, chamada de “dois em um” ou oficialmente Licenciatura Plena (SOUZA NETO, et al., 2004, p. 123).

Isso não resultou na criação em larga escala de cursos de Bacharelados gerando novas discussões entre conservadores e os setores progressistas nos anos 1990. Após a implantação pelo presidente Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) de um novo tom político e seus “interesses privatistas” em defesa do neoliberalismo (CASTELLANI FILHO, 2002, p. 17), ocorreram no país duas vitórias que fortaleceram o grupo conservador/corporativista: a aprovação da lei nº 9696/98 que regulamenta a profissão e a aprovação da Resolução 07 de 2004 do CES/CNE, que determinou novas Diretrizes Curriculares que fragmentaram o curso entre licenciados e bacharéis (NOZAKI, 2015).

A regulamentação resultou na reserva do mercado por meio do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) e seus respectivos Conselhos Regionais de Educação Física (CREF). Resultou também na cobrança de taxas para o exercício da profissão e na edição de resoluções que garantiram a prática e a formação desse novo profissional, o que foi ao encontro dos interesses dos empresários do setor e instituições privadas de ensino superior (NOZAKI, 2004; PENNA, 2006).

O CONFEF, respaldado na Lei 9696/98, entende que todo e qualquer movimento corporal é atividade física passando, então, a vinculá-lo diretamente ao seu controle. Surge nesse sentido, mais uma contradição, visto que uma grande parte das atividades que foram nomeadas como práticas exclusivas do professor de educação física, podem representar a manifestação da cultura brasileira, a exemplo das danças ou no caso da ioga e das artes marciais inseridas em seus princípios e tradições (PENNA, 2006, p. 107).

Enquanto um grupo avançava em seus interesses relacionados à prática corporais fora do ambiente escolar, influenciado pela aptidão física tradicional, (COLETIVO DE

AUTORES, 1992) o grupo antagonista progressista/ revolucionário se deparava com a desvalorização da EF escolar. Conforme Silva Nerys (1997, p. 132), em 1995, ao conceder entrevista ao jornal Folha de São Paulo, a então Secretária de Política Educacional do Ministério da Educação e do Desporto, Eunice Durhan apontava as dificuldades de atender a EF e educação artística, tendo em vista os cortes no orçamento e o fato de as disciplinas não apresentarem tanta importância quanto a “matemática, física e química”.

A licenciatura que dos anos 1930 a década de 1990, se baseou em interesses conservadores perde centralidade para os cursos de bacharelado que, nos anos 2000 passam a se ajustar a uma nova demanda privatista. Segundo Tojal (1990), o mercado de trabalho no fim dos anos 1980 havia se diversificado, e um currículo voltado majoritariamente para o 1º e 2º graus não faria mais sentido em um mercado emergente. Pereira (2014, p. 74) menciona a formação difusa e inconsistente a partir da resolução CFE nº 03/87, que ao privilegiar o caráter generalista da formação acabou incorporando nos cursos de Licenciatura Plena, disciplinas tanto de fundamentação teórica como disciplinas instrumentais para atender ao crescimento do mercado, resultando no não desenvolvimento de competências necessárias.

Após debates e discussões o início dos anos 2000, que envolveram as áreas disciplinares da educação básica, o Conselho Nacional de Educação (CNE) passou a adotar diretrizes diferenciadas para as modalidades de formação: Licenciatura e Bacharelado. A licenciatura obteve duas resoluções nº 01/2002 e a 02/2002, o bacharelado uma, a de nº 07/2004.

Na licenciatura, o profissional é capacitado para a educação básica (infantil, fundamental e médio) e o processo de ensino aprendizagem ocorre em faixas etárias, (FENSTERSEIFER et al., 2005a) ou ciclos de ensino (LDB, 1996). A resolução CNE nº 01/2002 diferente da Resolução CFE 03/87 que apresentava um currículo mínimo e duração de quatro anos, delimitava o perfil profissional e se dividia em uma formação geral e específica, apresenta uma “estrutura autônoma, em cursos de licenciatura e identidade própria”. Somando-se a ela, a resolução CNE nº 02/2002 estabelece o tempo ‘mínimo de três anos letivos e com carga horária de, pelo menos, 2.800 horas’ (Figueiredo e Marques, 2013, p. 7). Com essas alterações, a formação em licenciatura na área de Educação Física passou a ser pautada, predominantemente, pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores para a Educação Básica (BRASIL, 2002c).

No bacharelado, o profissional passa a ser capacitado para uma intervenção na avaliação e prescrição de exercícios, atividades físicas para a promoção da saúde e para a gestão e treinamento desportivo (FENSTERSEIFER et al., 2005b). O PEF com formação no

bacharelado, tem nas Diretrizes Curriculares Nacionais Para os Cursos de Graduação em Educação Física, equivalência ao Nível Superior de Graduação Plena (BRASIL, 2004). A partir daí, o curso passa a ser denominado de graduação plena em educação física e suas diretrizes estabelecidas na resolução do Ministério da Educação (MEC) CNE nº 07/2004, também incluem os profissionais generalistas ou os formados em licenciatura plena. (FIGUEIREDO; MARQUES, 2013)

As resoluções do MEC que abrangem os cursos de Licenciatura em educação física nº 1 e 2 de 2002 e a Resolução nº 7 de 2004, foram estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação, e entraram em vigor no ano de 2006 (FIGUEIREDO; MARQUES, 2013). Desta forma a formação em graduação plena, antigo bacharelado torna-se o centro de formação do PEF atuante na área da saúde.

Apesar das modificações curriculares derivadas dessa mudança, não faltam questionamentos quanto à capacidade de formação do PEF para atender esses campos extra escolares, principalmente a saúde pública. Pereira (2014, p. 58) afirma que as diretrizes curriculares CNE nº 07/2004 nascem de “contradições” entre grupos e, nesse sentido, se encontram inacabadas. Benedetti e Borges (2014, p. 56) questionam se os cursos estão oferecendo disciplinas que fundamentam a atuação do PEF na saúde. Perguntam ainda se bacharelado (graduação plena) prepara de fato os alunos para uma atuação na saúde. Na mesma linha, Ferla et al., (2013. p. 220) levantam a seguinte indagação: como pode ser pensada a intervenção do PEF no SUS se a EF ainda é “permeada pelo conhecimento biomédico hegemônico que orienta tais profissionais a trabalharem na lógica de que as pessoas são, principalmente, seus corpos biológicos?”. Já Scabar et al. (2012) são mais diretos: “a formação em EF apresenta-se distanciada da demanda de serviços públicos de saúde”.

A associação entre EF e a aptidão física ainda predomina, o que evidencia uma formação profissional orientada para a prescrição de diagnósticos e para a avaliação corporal e, protocolos de caráter biológico. Freitas (2007) acredita que a atuação do profissional de EF deve ser mais ampla, em particular por considerar o aspecto educativo de sua intervenção e a necessidade de se lidar com outras dimensões do sujeito (social, afetiva, econômica, cultural). Apesar de diversos questionamentos que apontam dúvidas sobre a formação do PEF para atuar na saúde, Benedetti e Santos (2012) entendem que a intervenção do PEF não se inicia na área da saúde e sim, na escola. Outro fator é a baixa demanda profissional do setor saúde, o que ocasiona uma lenta modificação dos currículos dos cursos de formação em EF. Em trabalho mais recente, Benedetti e Borges (2014) “questionam quais as reais competências

necessárias para o ensino da EF?”. Cita exemplos das instituições contratantes de PEFs que em seus processos seletivos para o Nasf e Centros de Atendimento Psicossociais (CAPs), abordam competências e habilidades que se encaixam na área desportiva, escolar e do lazer (concurso público Nasf de Carangola-MG de 2011 e de Florianópolis-SC, 2008).

4.3 AS COMPETÊNCIAS E CONTEÚDOS CURRICULARES DOS CURSOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO CAMPO DA SAÚDE

O conceito de competências, segundo Tavares (2012), ganha força na educação em resposta à crise do capital e à necessidade de formação da força de trabalho adequado à organização da produção nos moldes da reestruturação produtiva, tendo sido adotado sem maiores questionamentos no âmbito da educação fundamental e média e da formação profissional, inclusive campo da saúde. Cabe observar, porém, que sua implementação no campo da saúde se deu de forma quase sempre acrítica (LIMA, 2010), acarretando sérios riscos, como a submissão da formação do trabalhador às exigências econômicas e empresariais.

No caso da EF, influenciada pelas correntes “conservadora/corporativista” e “progressista/revolucionária” (NOZAKI, 2015, p. 189), torna-se necessário compreender quem dita os rumos da educação, e como se implementaram as competências dos cursos de Bacharelado em EF. A chamada pedagogia das competências é apresentada ao Brasil mais ou menos ao mesmo tempo em que a reestruturação produtiva e as políticas neoliberais avançavam a passos largos. Essa pedagogia guarda estreita relação a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, realizada em Jomtien, Tailândia no ano de 1990, onde 155 governantes, assinaram a “Declaração Mundial sobre a Educação para Todos” ou, como é também chamada, “Declaração de Jomtien” (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003, p. 97). A prioridade mundial naquele momento era a democratização da educação e o Brasil, um de seus signatários, tinha uma das maiores taxas de analfabetismo no mundo. O país deu segmento às diretrizes estabelecidas na ocasião com a Lei de Diretrizes de Bases da Educação Nacional nº 9.394/96 (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003) e, no ano seguinte, com o decreto nº 2.208/97 que regulamentava a educação profissional (TAVARES, 2012). Quanto a esse período, David (2003, p. 17) apresenta a seguinte análise:

A partir da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º 9.394/96), grande parte das propostas de políticas públicas para o setor educacional provenientes do governo federal, utiliza nos documentos e nos discursos oficiais o termo competências para designar um modelo de formação capaz de gerar eficiência e melhoria da qualidade da formação de recursos humanos, tanto para o mundo do

trabalho quanto para o sistema educacional como um todo. O exemplo mais comum está expresso nas Diretrizes Curriculares Nacionais, para os diversos níveis de ensino do sistema educacional brasileiro, nas quais se ressalta a presença das noções de competências. No que tange ao projeto de formação inicial para professores da educação básica e a formação de profissionais liberais para atuarem no mercado de trabalho, o pressuposto das competências torna-se evidente e repetitivo em todos os documentos oficiais. (DAVID, 2003, p. 77).

Cabe ressaltar o protagonismo dos organismos internacionais como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) na organização das reformas educacionais, suas diretrizes e na produção de vasta documentação em países capitalistas periféricos e semiperiféricos durante a década de 1990. Desse modo, as competências relacionadas à aprendizagem se coadunariam ao mundo em transformação, garantindo “a rentabilidade do sistema capital, das grandes corporações, das empresas transnacionais e das nações poderosas onde aquelas têm suas bases e matrizes” (Frigotto e Ciavatta, 2003, p. 96). De acordo com Ramos (2001, p. 222), a partir dessa pedagogia, a escola se direciona para “o mundo econômico” gerenciado pelo “deus mercado”. Essa pedagogia tem por objetivo integrar o indivíduo às novas exigências estabelecidas no “plano econômico e social”, configurando assim a chamada sociedade do conhecimento, pós-industrial e pós moderna” (RAMOS, 2001, p. 273).

Em uma perspectiva que incorpora de forma positiva essa pedagogia, destaca-se que apesar de muitos trabalhos criticarem e mencionarem uma relação direta com o emprego das competências a interesses de organismos internacionais, Pereira, (2014, p. 67), ao analisar a formação profissional dos cursos de licenciatura e bacharelado em educação física, chama a atenção para o fato de que ao mesmo tempo em que representa avanços na organização curricular, principalmente quando comparado aos currículos anteriores, atenderia aos “anseios do capital” (PEREIRA, 2014, p. 67). Nesta perspectiva, basear a formação do profissional de educação física na pedagogia das competências contribuiria para dar ao sua “identidade pedagógica” (SANTOS, 2010, p. 179).

Na opinião de Pereira (2014, p. 83), a formação não deve ser algo doutrinário”, efetivamente influenciada por capitalistas e socialistas. “É necessário um equilíbrio”, pois “vivemos em uma sociedade capitalista”. O autor pontua que há um empobrecimento da formação da classe trabalhadora, principalmente na ausência de “conteúdos que envolvem o conhecimento da realidade em sua totalidade e conhecimento técnico”, sendo o equilíbrio conquistado com uma crítica por uma sociedade mais justa e transformadora.

Santos (2010, p. 179) aponta em seus estudos a presença de uma linha crítica que opera em defesa de um ensino que possibilite a “leitura da realidade” e a “transformação social”. No entanto a “falta de identidade” da EF, conforme apontado no capítulo I, possibilitou que a corrente contrária, influenciada pelo neoliberalismo, priorizasse a formação de um aluno que se adaptasse à nova organização da produção, reproduzindo assim um saber baseado em competências individualizadas.

As disputas pela identidade dos cursos de EF tornam-se acirradas no fim década de 1980 e nos anos 1990, com o Parecer MEC CFE nº 03/87, muito criticado por ala conservadora por ser voltado excessivamente para a escola. Apesar de contemplar o bacharelado noturno, havia a necessidade de formar profissionais para as práticas corporais fora da escola, devido à expansão dos investimentos privados em academias, escolinhas, atividades ligadas ao lazer (recreação e dança). Neste sentido Pereira, (2014, p. 70) detecta que a aprovação do currículo através do parecer MEC CFE Nº 03/87 (**quadro 6**), só causa efeitos em 1993. A partir desse momento, as novas diretrizes para os cursos de EF são discutidas em artigos acadêmicos publicados em várias revistas da área³⁰. Em 2001 ocorre um aumento dessas publicações potencializadas (...) em virtude do movimento de reforma curricular nos cursos de graduação” (PEREIRA, 2014, p. 70)

| Saberes | Habilidade profissional |
|--|--|
| <p>Formação geral humanística e técnica</p> <p>Humanística: Conhecimento Filosófico; Conhecimento do Ser Humano; Conhecimento da Sociedade.</p> <p>Técnico: Conhecimento Técnico (devendo ser desenvolvido de forma articulada com os conhecimentos das áreas de cunho humanístico acima referidas)</p> <p>Aprofundamento de Conhecimentos Composta por disciplinas selecionadas pela IES e desenvolvidas de forma teórico prática, permitindo vivências de experiências no campo real de trabalho</p> | <p>Licenciatura em Educação Física e Bacharelado em Educação Física</p> |

Quadro 6 – Diretriz curricular de formação em Educação Física (1987)

Fonte: Adaptado de Pereira, 2014, p. 50.

Neste sentido, as reformas dos cursos superiores de EF eram uma demanda “progressista/revolucionária” (NOZAKI, 2015, p. 189) que somada à crise do emprego e à

³⁰ Revista Brasileira de Ciências do Esporte (RBCE), Revista Movimento (UFRGS) e Revista Pensar a Prática (UFG), respeitando os seguintes assuntos “formação profissional, currículo, diretrizes curriculares da Educação Física, licenciatura e bacharelado” (PEREIRA, 2014, p. 69).

expansão do setor de serviços, acabou influenciando o MS e o MEC, na implementação de ações que aproximam a EF das diretrizes do SUS.

Um das medidas de destaque foi a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs - para os cursos de graduação em saúde, no ano 2000 e as alterações curriculares promovidas pelos pareceres n.º 01 e 02/2002 (**quadro 7**) (institui as DCNs dos cursos de licenciatura e a duração e a carga horária dos cursos de graduação plena, de formação de professores da Educação Básica em nível superior) e da Resolução n.º 07/2004 que institui as DCNs para os cursos de bacharelado em EF em Educação Física, em nível superior de graduação plena (BRASIL, 2004).

A legislação acima estabelece fundamentos e procedimentos que visam solucionar algumas questões que envolvem os desafios de formar professores. Nesse caso, foi utilizado o conceito de competências para orientar concepções nucleares na orientação do curso. O artigo 5º estabelece “ação-reflexão-ação”, enquanto o 14º dá autonomia às IES para criarem seus currículos com base nas diretrizes e competências das Diretrizes Curriculares Nacionais. Essa flexibilidade visa a busca de soluções didáticas para as “situações-problemas” (FIGUEIREDO; MARQUES, 2013, p. 5).

| Orientações | Aprisionamento legais |
|---|--|
| O foco na docência como base da formação | A noção linear de competência e da ideia de que a formação deverá garantir a constituição dessa, objetivada na educação básica |
| A flexibilização da organização curricular por eixos de conhecimentos | A indicação metodológica de que a aprendizagem deverá ser orientada pelo princípio traduzido pela “ação-reflexão-ação” que busca resolver as “situações problemas” como uma das estratégias didáticas privilegiadas. |
| A ampliação de carga horária nos estágios supervisionados e nos componentes de prática de ensino. | |

Quadro 7 – Orientações e aprisionamentos legais em relação às Diretrizes de Formação de Professores (2002)

Fonte: Adaptado de Figueiredo e Marques, 2013.

Quantos ao termo competência utilizado nessa legislação, Figueiredo e Marques, (2013, p. 11) afirmam haver uma “obscuridade terminológica”, tendo em vista a dificuldade de interpretar o sentido das competências que ora se mostram como “objetivos, capacidades, habilidades e atitudes”; ora como objetivos específicos. Essa ambiguidade acaba “desobrigando o uso do conceito de competência nos currículos de formação de professores”, além de criar um aprisionamento metodológico o que não caberia a uma legislação.

A resolução de n.º 07/2004 (**quadro 8**) tem grande importância no embate travado após a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de licenciatura em EF, no ano

de 2002. O CONFEF tentou aprovar o parecer de número 138/2002, considerado privatista e excessivamente voltado para a saúde, mas a resistência do grupo progressista que intercedeu junto ao ministério dos esportes, e apesar de criticado por sua “dubiedade epistemológica”³¹ (Figueiredo e Marques, 2013, p. 14), conseguiu aprová-lo, possibilitando aos currículos dos cursos de graduação (bacharelado) em EF irem além da saúde (PEREIRA, 2014).

| Orientações | Aprisionamentos legais |
|--|---|
| O foco é na área não escolar | “Essa resolução não aprisiona os currículos de formação das IFES” |
| Não se chama mais de bacharelado e sim, curso de Graduação em educação física, Nível Superior de Graduação plena | “Amplia as possibilidades de implementação para além do campo da saúde” |

Quadro 8 – Orientações e aprisionamentos legais em relação às Diretrizes de Formação de Professores (2004)
Fonte: Adaptado de Figueiredo e Marques, 2013.

Outras medidas surgem em 2003 com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que, em 2005 inicia a implementação de modificações curriculares (**Quadro 9**) dos cursos de graduações em medicina, enfermagem e odontologia, através do Programa Nacional de Orientação da Formação Profissional (Pro-Saúde) (BRASIL, 2009a).

| Momento | Política nacional de reorientação da formação profissional em saúde | |
|-----------------------------|---|--|
| | Primeiras experiências | |
| Período | 2005-2006 | 2007-2010 |
| Programa | Pró saúde –I | PRO-SAÚDE – II e PET SAÚDE |
| Objetivo | Integração ensino-serviço Atenção integral à saúde Atenção Básica | Integração ensino-serviço-comunidade Aprendizagem tutorial Capacitação docente Produção acadêmica - necessidades dos serviços |
| Atores | Estudantes e docentes Universidades, Secretarias e Serviços de Saúde | Estudantes, docentes, profissionais de saúde Universidades, Secretarias e Serviços de Saúde Instâncias colegiadas do SUS |
| Evidências de Implementação | Restrito aos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia Protagonismo universitário Foco nos aspectos estruturais e administrativos da implantação | Ampliação para as demais profissões de saúde Valorização das instâncias decisórias do SUS e da função de tutoria e preceptoria Incremento nos incentivos financeiros Valorização das instâncias de condução locorregional |

Quadro 9 – Principais momentos da trajetória da Política Nacional de reorientação da formação profissional em saúde de 2005-2010

Fonte: Adaptado de Dias et al. (2011, p. 1621).

³¹ Segundo Figueiredo e Marques (2013, p. 12) o caráter dúbio se encontra em “inúmeros termos utilizados para representar o objeto da educação física, como se fossem todos advindos de uma única matriz epistemológica”

O Pro-Saúde visa através do MEC e o MS, a integração entre o ensino, serviço e comunidade e as IES públicas ou privadas, sem fins lucrativos, em parceria com secretarias municipais ou estaduais de saúde selecionadas pelos editais do programa. Sua essência é a reformulações da estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde, enfatizando a atenção primária e a integralidade como eixo formador (BRASIL, 2006c). O programa possibilita ao aluno da graduação vivenciar competências fundamentais para sua intervenção profissional na APS.

Em 2007, ocorre a ampliação do Pro-saúde e 11 cursos da área da saúde foram incluídos no programa. O Pró-Saúde II é alicerçado na multidisciplinaridade do trabalho do SUS e reorienta os conteúdos curriculares. São 354 cursos contemplados no edital, dos quais 19 são de EF, reforçando mais uma vez, a importância atribuída à formação do profissional de educação física e sua atuação no SUS (DIAS et al., 2011).

Em 2008, vinculado ao Pró-Saúde, é instituído através da portaria interministerial MS/MEC n.1802/2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Inicialmente chamado de PET-Saúde da Família, o programa foca na qualificação de estudantes de graduação e de pós-graduação, na rede de serviços por meio de vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização, dando sentido à aproximação entre ensino e a prática na comunidade por meio da ESF (BRASIL, 2009a; HADDAD et al., 2009; FRAGA et al., 2012).

Pasquim (2010), ao pesquisar como a saúde coletiva é representada nos cursos de EF da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de Campinas (UNICAMP), aponta que as Diretrizes Curriculares Nacionais:

preveem que o egresso do curso é responsável pela “prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde”. Afirmação que se repete várias vezes no documento, mas que surge aparentemente apenas como reserva de mercado, tentando-se garantir, assim, um espaço no SUS. Essa reserva não impôs a priori nenhuma alteração na intervenção ou na formação profissional (PASQUIM, 210, p. 196).

O autor chama a atenção para o compromisso social da educação diante das necessidades da sociedade, o que não parece ser o caso dos cursos de EF mencionados. Amâncio Filho (2004, p. 379), porém, alerta para os dilemas e desafios da formação profissional em saúde e propõe a “reflexão sobre os meios e os modos” como os conteúdos curriculares e metodologias de ensino vem sendo empregados. É necessário empregar estratégias que escapem do tradicionalismo, além de conduzir os alunos à crítica “ao processo de trabalho no mundo que o circunda”.

Anjos e Duarte (2009) e Brugnerotto (2008) afirmam que as alterações efetuadas nos currículos da IES ainda são insuficientes. Sobre esse aspecto, Fraga et al. (2012) acreditam que antes se consolidaram os cursos e depois as estratégias, o que torna difícil romper com interesses de dois segmentos tradicionais na formação do PEF, o “técnico-esportivo” e o “médico-científico”. Sobre tais segmentos, Brugnerotto (2008), ao pesquisar os currículos de EF das instituições federais do Paraná, encontra as seguintes correntes de saúde, o “modelo biomédico” de Brugnerotto (2008, p. 21), e o da “Nova Promoção da Saúde”, apresentando-se em muitas das ementas com um viés biológico ao invés da concepção ampliada de saúde. Em pesquisa mais recente Falci e Belisário (2013) consideram a graduação insuficiente para atuar na atenção primária e seria somente na pós-graduação que o PEF encontraria estratégias que minimizariam essa insuficiência.

É notória a dificuldade de fazer presente nos currículos dos cursos de graduação em EF as disciplinas consideradas necessárias à formação do PEF para atuar no sistema público de saúde. Para Paim e Almeida Filho (1998), é preciso considerar a saúde coletiva, o usuário, a comunidade, a família e as relações sociais em qualquer formação profissional em saúde. Ceccim e Carvalho (2006) e Anjos e Duarte (2009), seguem a mesma linha e apontam o ensino da saúde coletiva como um fundamental recurso para os profissionais de saúde, devendo ser contemplada em todos os cursos da área.

4.4 A SAÚDE E AS NOVAS EXPERIÊNCIAS EM CURSOS DE BACHARELADO EM EF NO BRASIL

Como já mencionado, a expansão do setor de serviços vem, sobretudo desde a década de 1990, apresenta-se de forma significativa. Mas é a partir dos anos 2000, com as reformas relacionadas ao Parecer CNE nº 07/2004 do MEC, durante o governo Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), que se observam novos campos de trabalho. Quanto a esse período Benedetti e Borges (2014, p. 56) afirmam que os “serviços se adequaram de forma surpreendente, mas o ensino parou no tempo”, não atendendo a demanda de novos nichos de mercado (**quadro 10**).

Quanto a isso Benedetti e Santos (2012) afirmam que “a área da saúde permite integrar-se aos diferentes bens e serviços, seja em educação, lazer, esporte ou assistência social”. Um exemplo ocorre em 2007, com o Programa Saúde na Escola e, em 2008, com o Nasf.

| Setor público | Setor privado |
|---|---|
| Hospitais Centros de Referência (Saúde Mental, Reabilitação e Assistência Social). Policlínicas Unidade Básica de Saúde Academia da Saúde Penitenciárias | Plano de Saúde Academia Clubes Clínicas de estética Clínica de reabilitação Atendimento personalizado Empresas |

Quadro 10 – Serviços públicos e privados de saúde que tem intervenção do Profissional de Educação Física
 Fonte: Adaptado de Santos e Benedetti, 2012, p. 546.

Nesse contexto, inúmeras universidades, em meio a discussões em defesa da licenciatura e do bacharelado, tentaram adequar-se à demanda. Em consulta ao cadastro de IES do MEC, o e-MEC³², no ano de 2016, encontram-se cadastrados 736 cursos de EF, 10 a menos quando comparado ao censo do MEC de 2006 que apontava haver 746 cursos. Não há como negar que os novos desafios impostos à formação em educação física são diferentes daqueles enfrentados há dez anos. As dúvidas surgem principalmente com relação à formação ideal para atuar nos serviços públicos de saúde, tendo em vista, novos argumentos, novas abordagens e novas estratégias para superá-las. Neste caso, iniciativas vão surgindo pelo país e apesar da extinção de cursos nos últimos dez anos, há movimentos que direcionam a formação em EF para as diversas noções de saúde, qualidade de vida e bem-estar das pessoas e comunidade (USP, 2014, p. 8). É o caso dos cursos implementados na Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e uma instituição particular a Universidade do Ibirapuera (UNIB).

Esses direcionamentos dos cursos ocorrem, como já apontado neste capítulo, em 2003, a partir da Criação da Secretaria de Gestão Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), e a elaboração da Política Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, visando integrar “ensino-serviço com ênfase na atenção básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas DCN” (DIAS et al., 2013).

As referidas diretrizes são legalmente dispostas através do parecer CNE/CES nº 213/2008 e determinam a carga horária mínima de duração dos cursos de graduação em Educação Física, Biomedicina, Ciências Biológicas, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados na modalidade presencial, além de sua integralização (BRASIL, 2008a, p. 1). No ano seguinte, com a resolução

³² BRASIL. Ministério da Educação. Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CNE/CEB nº 4/2009, discutida pelo CONFEF, foi legalmente definida a carga horária mínima de 3200 horas, sendo que o estágio e as atividades complementares não deveriam exceder a 20% da carga horária total do curso (CONFEF, 2009, p. 30). Sendo assim, Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Maranhão, e Universidade Ibirapuera cadastraram no MEC o curso denominado de Bacharelado em Educação Física e Saúde, enquanto a UFAM cadastrou o Bacharelado em Educação Física, Promoção de Saúde e Lazer.

Em pesquisa realizada pela internet, o Projeto Político Pedagógico e as grades curriculares da Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Amazonas e Universidade Ibirapuera não foram encontrados. A Universidade Federal do Amazonas disponibiliza informações básicas sobre o curso e sua grade curricular que não era atualizada até março de 2016. A única instituição mencionada que apresenta seu Projeto Político Pedagógico e a grade curricular atualizada é a USP. Desta forma, investigações anteriores como a de Anjos e Duarte (2009) serviram como base comparativa por analisarem os currículos de cursos de graduação em EF, entre ela a Universidade de São Paulo, avaliando quais as disciplinas de suas grades estão relacionadas à saúde, ou seja, quais contemplam a saúde pública e a coletiva e estágios em saúde.

Em 2009, a Universidade de São Paulo oferecia três cursos distintos: bacharelado em Educação Física, em Esportes e Licenciatura em Educação Física. (ANJOS; DUARTE, 2009). Os objetivos do curso de bacharelado segundo estes autores, são os seguintes:

Com duração de oito semestres, tem como finalidade abordar o estudo e a disseminação de conhecimentos sobre o movimento humano no processo de promoção e melhoria da qualidade de vida. Visa a preparar e capacitar para a atuação em todos os segmentos da sociedade, com exceção do contexto escolar, para exercer atividades pertinentes ao planejamento, execução e avaliação de programas individuais e coletivos. (ANJOS; DUARTE, 2009, p. 1136).

Outro aspecto mencionado é que a licenciatura, cursada em oito semestres, tinha o bacharelado como pré-requisito. Ambos eram apresentados como cursos voltados para a área da saúde. A licenciatura possuía em sua grade as disciplinas Fundamentos de Saúde Pública em Educação Física e Socorros de Urgência. Ao curso de bacharelado são acrescentadas as disciplinas Educação Física Adaptada I e II. O currículo não estabelece estágios em serviços públicos de saúde e a disciplina saúde coletiva não consta nos dois cursos (ANJOS; DUARTE, 2009), evidenciando-se o predomínio de disciplinas de abordagem curativa e prescritiva.

O curso de Bacharelado em Educação Física e Saúde foi criado na USP somente em 2013, após adequação ao curso de Bacharelado em Ciência da Atividade Física (USP, 2014,

p. 4), apresentando novas perspectivas para a formação em Educação Física, como novas disciplinas e estágios.

A instituição objetiva em seu Projeto Político Pedagógico uma intervenção do profissional de educação física orientada para a promoção da saúde, por meio da atividade física e das práticas corporais baseadas em sólidos conhecimentos integrados com bases “científicas, culturais, éticas e técnicas”. As doenças crônicas não transmissíveis - DCNT’s e sua “demanda social de prevenção” recebem atenção por meio de um profissional formado em seu curso de bacharelado em Educação Física e Saúde para atuar junto a programas voltados à saúde (USP, 2014, p. 9-10). Os conteúdos se dividem em quatro segmentos na grade curricular, quais sejam: conjunto de disciplinas do curso básico (primeiro e segundo semestres); conjunto de disciplinas obrigatórias (do primeiro ao oitavo semestre); conjunto de disciplinas optativas (do terceiro ao oitavo); e estágio curricular (do quinto ao oitavo semestre). (USP, 2014, p. 14). O **quadro 11** sintetiza as diferenças entre ambos os currículos.

| USP | Bacharelado em educação física (2009) | Bacharelado e saúde (2014) |
|--|--|---|
| Objetivo do curso | “Não possui formação específica, declarada, para a saúde, embora dê indícios de que contemple o tema, ao considerar o “processo de promoção e melhoria da qualidade de vida” como meta final das intervenções propostas ao PEF” (p. 1137). | “O curso tem como objetivo principal estudar as relações entre a saúde do ser humano e as práticas corporais e de atividade física como meios de favorecer e estimular o bem-estar individual e coletivo” (p. 4). |
| Contempla a disciplina saúde pública? | Sim | Sim |
| Contempla a promoção da saúde? | Não | Sim, |
| Contempla a saúde coletiva | Não | Sim, não com disciplinas com o nome de saúde coletiva, mas que aproximam as ciências sociais da saúde. Como exemplo a disciplina Sociedade, Multiculturalismo e Direitos. |
| Possuem estágios em saúde? | Não foi constatado | Sim, estágio supervisionado em saúde desde o 5 período. |

Quadro 11 – Comparativo entre o curso de Bacharelado e saúde x Bacharelado em Educação física

Fonte: Adaptado de USP, 2014, e Anjos e Duarte, 2009.

Quanto aos estágios nos cursos de bacharelado em EF, Anjos e Duarte, (2009, p. 1133), observam sua importância no preenchimento de lacunas que existem nas graduações em saúde, considerando a integração ensino e trabalho fundamental na assimilação da prática em serviço. Em resposta a essa lacuna, os estágios organizados no curso de Bacharelado em EF e saúde da USP, se organizam em um total de 480 horas em 5 semestres, e respeitam a característica de quatro áreas, “atividade física e saúde, atividade física e populações

especiais, atividades artísticas e esportivas e pesquisa”. Os campos de estágios são as Unidades Básicas de Saúde centros de atenção em saúde, CAPS e Hospitais (USP, 2014, p. 26-27).

4.5 OS CURSOS DE GRADUAÇÃO PLENA (BACHARELADO) EM EF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Atualmente segundo cadastro de Instituições de Ensino Superior do MEC, o e-MEC, o município do Rio de Janeiro é contemplado com vinte cursos de bacharelado em EF, sendo quatro à distância e dezesseis presenciais. Não foram encontrados cursos com ênfase na área da saúde.

Somente seis universidades cadastradas no site do MEC disponibilizam suas grades curriculares, cinco delas privadas: Centro Universitário Augusto Motta (UNISAM); Instituto Brasileiro de Medicina e reabilitação (IBMR); Faculdade São José (FSJ); Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário (CBM-CEU); e duas públicas a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Com relação ao PPP nenhuma instituição o publiciza através da rede, mas os projetos pedagógicos dos cursos da UNISUAM, UFRJ, UERJ e CBM-CEU apresentam dados que permitem uma investigação mais detalha dos cursos.

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Foi a primeira escola de educação física de nível superior ligada a uma universidade, fundada em 1939 e vinculada a então Universidade do Brasil. Torna-se padrão para as demais escolas do país, possuindo por isso mesmo grande importância histórica (UFRJ, Centro de Memórias Inezil Pena Marinho³³). O curso de bacharelado em EF, baseado no parecer nº 07/87 e criado nesta universidade em 1994, foi. Oferecido somente à noite até o ano de 2007. O bacharelado vespertino, baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecida em 2004 (7/2004). O currículo investigado objetiva formar um profissional que atue no “planejamento, orientação e avaliação de programas de atividades físicas e saúde para grupos

³³ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Memórias Inezil Pena Marinho. Disponível em: <<http://www.ceme.eefd.ufrj.br/docs/hist.html>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

de crianças, jovens, adultos e idosos em condições saudáveis ou integrantes de grupos especiais (com fatores de risco, portadores de deficiência, gestantes e outros)” (UFRJ)³⁴.

Como evidenciado no trabalho de Anjos e Duarte (2009), o currículo bacharelado a universidade não apresentou em seu site oficial programas de estágios, discussões sobre saúde coletiva, saúde pública e promoção da saúde. As únicas disciplinas encontradas na grade curricular da universidade que se aproximam dos desafios encontrados pelos PEF no Nasf foram “Teoria e práticas da atividade física para grupo de risco” no oitavo período e a “Educação Física Adaptada I e II”, ambas ministradas no sétimo período. O quadro 12 apresenta os dados comparativos entre a UFRJ e cursos criados mais recentemente.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

O curso de bacharelado foi aprovado em 2006, mas só iniciou suas atividades no primeiro semestre de 2008, após reformulações no curso de licenciatura em EF devido à resolução 07/2004. Tanto a licenciatura quanto o bacharelado possuem disciplinas comuns com exceção das pedagógicas. Desta forma, os objetivos gerais de ambos visam a “formação de um profissional generalista, mas, ao mesmo tempo, especialista em temas que lhe interessem, passíveis de serem abordados ao longo do curso” (UERJ-IEFD)³⁵.

O aluno do bacharelado cursará em sua parte específica disciplinas que aproximam a EF dos serviços públicos de saúde, como “Políticas Públicas de Saúde, Educação Física Comunitária, Educação Física Terapêutica e Gerontologia” (UERJ-IEFD)³⁶, além de educação física para grupos de riscos. Não foram encontradas disciplinas voltadas para estágios na área da saúde.

Centro Universitário Augusto Motta

Iniciando seu curso de bacharelado em 2011, após grandes transformações nas políticas públicas de saúde, como PNSP, Nasf e Programa de Promoção da Saúde e Atividade Física, o Projeto Pedagógico da instituição, disponibilizado em seu site oficial, objetiva

³⁴ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Escola de Educação Física e Desportos. Características da Formação em Educação Física. Disponível em: <<http://www.eefd.ufrj.br/graduacao-em-educacao-fisica/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

³⁵ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Educação Física e Desportos. Departamento de Orientação e Supervisão Pedagógica. Disponível em: <http://www.depág.uerj.br/paginas_internas/desc_cursos/educacao_fisica.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

³⁶ UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Educação Física e Desportos. Departamento de Orientação e Supervisão Pedagógica. Disponível em: <http://www.depág.uerj.br/paginas_internas/desc_cursos/educacao_fisica.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

formar um profissional de saúde que constrói sua formação na “relação entre a atividade física, qualidade de vida e saúde”. As disciplinas destacadas no Projeto Pedagógico são “Atividade Física e Promoção da Saúde, Epidemiologia, Estudos Sócio Antropológicos, Responsabilidade Social e Ambiental, Filosofia e Cidadania”.

Apesar de haver um direcionamento do curso para a saúde, não foram encontradas atividades de estágio no SUS. No entanto há projetos de extensão que apresentam trabalhos com idosos e crianças, aproximando a universidade da comunidade por meios de ações que podem ajudar em uma intervenção no SUS. Trata-se de atividades coletivas como dança e musculação para idosos e iniciação esportiva para jovens.

Conservatório Brasileiro de Música - Centro Universitário

O bacharelado em EF da CBM-CEU é o curso pesquisado de organização mais recente. Apesar de organizado em 2014, o perfil do PEF egresso é voltado para conteúdos tradicionais da EF, como atividade física, gestão, reabilitação e promoção do bem-estar físico. Estágios não são mencionados em seu site oficial.

Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação

Apresenta em seu curso de Bacharelado em EF o reconhecimento da educação física como área da saúde, através da resolução nº 218/1997, do Conselho Nacional de Saúde. O caráter multiprofissional estabelecido pelo CONFEF (lei 9.696/1998) também é mencionado, deixando claro um caráter generalista. A autorização para seu funcionamento data de 2010 e a grade curricular contempla a saúde pública e a promoção da saúde, mas não menciona a saúde coletiva. Entretanto, oferece outras disciplinas ligadas a saúde como “Socorros e urgência”, “Saúde do Idoso” e “EF adaptada”. O site oficial não disponibiliza informações sobre estágios.

Faculdade São José

Foi a instituição analisada que apresentou de forma mais completa sua grade curricular. No entanto, não informa sobre se tem um projeto pedagógico, nem apresenta em seu site oficial outras informações que poderiam ser pertinentes à análise. A grade curricular mostra diversos conteúdos que aproximam o PEF dos serviços públicos de saúde, como disciplinas que tratam da Saúde pública, Saúde coletiva, Promoção da saúde, Atenção básica, Saúde do trabalhador, Epidemiologia e Políticas públicas. A comparação entre as grades curriculares dos cursos encontra-se abaixo.

| Contempla a disciplina | UFRJ | UERJ | UNISUAM | CBM-CEU | IBMR | FSJ |
|-------------------------------|-------------|-------------|----------------|----------------|-------------|------------|
| Saúde Pública | Não | Sim | Não | Não | Sim | Sim |
| Promoção da saúde | Não | Sim | Sim | Não | Sim | Sim |
| Saúde coletiva | Não | Não | Não | Não | Não | Sim |
| Outras ligadas à saúde | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim | Sim |

Quadro 12 – Disciplinas da área da saúde contempladas em cada grade curricular dos cursos de bacharelado em EF pesquisados

Fonte: O autor, 2016.

Cabe finalmente destacar, de acordo com Anjos e Duarte (2009, p. 1138), que os currículos acima tratados, à exceção da Faculdade São José, acabam por enfatizar em maior ou menor grau, a perspectiva biológica ou tradicional da EF, o que evidencia uma precária conexão, com os demais profissionais de saúde. Ressalte-se que o currículo do Bacharelado em Educação Física e Saúde da Universidade de São Paulo estabelece campo de estágio em unidades públicas de saúde para os graduandos, no qual os alunos podem interagir na rotina de trabalho com outros profissionais de saúde. Isso possibilita o envolvimento de seus alunos egressos em pesquisas da instituição. Lemos et al. (2010) pesquisaram 93 alunos de diferentes semestres de 2005 a 2009, e 51,6% dos estudantes consideraram o curso suficiente. Isso serviu de base para uma reflexão sobre a necessidade de mudanças que atendessem o número elevado de alunos (48,4%) insatisfeitos com o curso, passando a Universidade a oferecer, além dos currículos tradicionais, o curso de Bacharelado em EF e saúde.

Diante do que foi até aqui apresentado, cabe ressaltar que o pessimismo com o currículo do bacharelado em EF, por sua distância da saúde e pela falta de estágios do PEF no SUS, constitui inquietação que impulsionou a criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde (ABENEFS) (FONSECA et al., 2011). A Associação vem debatendo exclusivamente a formação do PEF para o campo da saúde e em 2013 organizou o I Congresso Brasileiro de Ensino da Educação Física para a Saúde.

5 O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NOS NÚCLEOS DE APOIO DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

5.1 SOBRE A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Conforme se adiantou na Introdução, esta dissertação segue a linha qualitativa de coleta de informações e de análise. No que se refere especificamente ao tratamento das entrevistas realizadas com profissionais de educação física atuantes nos Nasf, procedeu-se ao que Minayo (2014, p. 303) denomina de análise de conteúdo que, conforme a autora, consiste em um “conjunto de técnicas de pesquisa”, ou “técnica de tratamento de dados” que possuem um caráter lógico próximo a metodologias quantitativas, apesar de buscar a interpretação de um material qualitativo.

Segundo Cavalcante et al. (2014, p. 14), a escolha deste método de análise “leva em consideração as relações estabelecidas além das falas dos entrevistados”, fatores que enriquecem em hipóteses e significados a leitura interpretativa. Desta forma, a análise do conteúdo torna-se especialmente importante por compreender os fenômenos sociais, de produção e poder, contribuindo para uma reflexão densa do tema desta dissertação (MINAYO, 2014, p. 43). De fato, a realidade social no SUS expõe simultaneamente problemas socioeconômicos e culturais que acabam interferindo na intervenção profissional. A complexidade da saúde demanda conhecimentos distintos e ao mesmo tempo integrados, direcionando o pesquisador a “compreender e aprender, além do visível”.

Com este objetivo, após transcritas, as entrevistas foram objeto da análise temática, uma das versões da análise de conteúdo (MINAYO, 2010, p. 209), que em síntese, permite ao pesquisador aprofundamentos sucessivos no material obtido, até chegar ao momento da síntese interpretativa que dialoga com os objetivos e as questões iniciais da pesquisa, confirmando-os ou reformulando-os:

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visando. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem da frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Nessa perspectiva procedeu-se inicialmente ao que a autora denomina de leitura flutuante, ou seja, o momento de contato direto com o ponto de vista dos trabalhadores sobre sua participação nos Nasf:

Esse exercício, denominado por alguns autores como 'leitura flutuante' permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves de sua existência sobre o tema em foco (...). Essa atividade ajuda o pesquisador a, processualmente, estabelecer categorias empíricas, confrontado-as teoricamente estabelecidas como balizas da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas. (MINAYO, 2014, p. 235)

Dessa leitura cuidadosa emergiram as categorias iniciais de análise, seguindo-se a leitura transversal do material coletado, o que permitiu detectar os temas recorrentes nas entrevistas. A análise dos temas que se seguem permitiu uma aproximação bastante densa do ponto de vista dos entrevistados sobre sua formação profissional em relação a sua atuação no Nasf:

- Do sonho à realidade na formação profissional;
- O campo de atuação;
- A importância do PEF nas unidades básicas de saúde;
- O educador físico: um profissional "resolutivo";
- A percepção dos usuários sobre o trabalho dos educadores físicos atuantes no Nasf.

5.2 SOBRE OS ENTREVISTADOS

Antes da análise das entrevistas, considera-se necessário trazer algumas informações sobre os trabalhadores que concordaram em abrir ao pesquisador suas experiências de vida relacionadas à sua atuação no Nasf.

Foram entrevistados dez profissionais de educação física, dos quais sete homens e três mulheres, na faixa situada entre 20 e 40 anos de idade. Cabe ressaltar que a composição do grupo no que se refere ao gênero não se deu por escolha do pesquisador. Na verdade, a dificuldade de contatar com trabalhadores que se dispusessem a conceder a entrevista, obrigou à adaptação às circunstâncias da pesquisa.

Conforme se pode visualizar no quadro abaixo, quase todos os entrevistados possuem nível de escolaridade mais elevado que o dos pais, com ligeira vantagem para as mães, entre as quais quatro têm nível superior contra três no que se refere aos pais.

Mais da metade dos entrevistados reside em casa própria o que, quando tomado em conjunto com a remuneração que recebem do Nasf, parece indicar, embora de forma muito incipiente, a possibilidade de pertencerem a estratos médios da população carioca.

| Entrevista Nº | Gênero | Escolaridade do Pai | Escolaridade da Mãe | Condição de Moradia | Escolaridade do entrevistado |
|------------------|--------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 1 | Fem. | Superior | Segundo grau | Própria | Pós-graduação |
| 2 | Masc. | Fundamental | Fundamental incompleto | Própria | Pós-graduação |
| 3 | Masc. | Fundamental | Fundamental | Aluguel | Pós-graduação |
| 4 | Masc. | Superior | Superior | Própria | Mestrado |
| 5 | Masc. | Ensino médio | Ensino médio | Própria | Pós-graduação |
| 6 | Fem. | Técnica | Normal | Alugada | Graduação |
| 7 | Masc. | Superior | Superior | Alugada | Pós-graduado |
| 8 | Masc. | Superior | Superior | Própria | Graduação |
| 9 | Masc. | Técnica | Técnica | Própria | Pós-graduado |
| 10 | Fem. | Superior | Superior | Própria | Graduação |

Quadro 13 – Caracterização dos entrevistados

Fonte: O autor, 2016.

Quando indagados se haviam iniciado sua trajetória ocupacional na educação física, ainda na graduação, a maioria sinalizou que o primeiro contato com o mercado de trabalho em EF se deu sobretudo através de estágios curriculares, às vezes de forma concomitante com estágios remunerados não curriculares. O entrevistado 02, por exemplo, sinalizou ainda em sua fala tentativas de busca de um posto de trabalho mais estável para depois de concluir a graduação.

Desde o meu segundo período da faculdade, em 2006, eu sempre trabalhei em dois lugares. Passei por diversos projetos sociais da Prefeitura, do Governo do Estado, trabalhei em dezessete academias, trabalhei com treinamento funcional no Infoglobo e no Banco do Brasil, onde hoje ainda estou. (Entrevistado 2)

Apenas um deles se inseriu formalmente no mercado de trabalho durante o mestrado:

Assim que me formei, em 2010, eu passei para no concurso do Nasf; me chamaram em 2011 no IABAS. Foi o meu primeiro emprego de carteira assinada. O salário era bom, apesar de ser 40 horas, eu já fazia mestrado na Fiocruz, já estudava saúde e foi bem legal poder atuar no SUS. Eu tinha esta vontade. (Entrevistado 4)

As entrevistas permitiram constatar também a necessidade apontada pela maioria dos PEF de completarem com outra atividade remunerada, via de regra também como professor de EF, mesmo considerando o salário pago pelo Nasf adequado. Esta necessidade é

relacionada ao fato de não terem uma carreira, como têm os outros profissionais que atuam nestes na ESF e nos Núcleos -- enfermeiros, nutricionistas, médicos -- impossibilitando-os de galgarem outros postos melhor remunerados.

Isso é uma das coisas que afligem os profissionais do Nasf, na Academia Carioca porque, ao mesmo tempo em que o salário é muito acima da média do mercado, está em R\$4600,00 líquido, é difícil um professor tirar isso na carteira, a maioria ganha por *personal* que é dinheiro na mão. E ao mesmo tempo em que é difícil ter isso, é difícil passar disso. Você tem que se acostumar que aquela ali é a sua renda, você tem que viver com aquilo, não tem progressão. Inclusive, os profissionais da equipe de saúde da família, eles podem enquadrar titulação: residência, mestrado, eles ganham mais. Já o Nasf não tem enquadramento. É a lei. Não temos um plano de carreira. (Entrevistado3)

Assim, a nutricionista enquadra o mestrado dela, nós não. O salário é esse e mais nada. Se eu arrumar algo que pague mais eu saio. Se houvesse uma valorização poderia pensar duas vezes antes. A nutricionista já pode fazer isso. Não existe um plano de carreira, entendeu? Mas gosto de trabalhar aqui (Entrevistado 9).

Trabalho como *personal trainer*, atuo no Banco do Brasil com shiatsu e faço o serviço de auricoloterapia que utilizo para aumentar minha fonte de renda (Entrevistado 3).

Trabalho como *personal*, mas não estou com tantos alunos. Dá para levar junto com meu trabalho no posto (Entrevistada 10).

Tenho um grupo de corrida, que é meu mesmo. Trabalho mais à noite e algumas manhãs. Dá um trabalho, mas tenho minha noiva como sócia. Isso facilita bastante (...) Trabalho em uma escola da Prefeitura do Rio (Entrevistado 7).

Tenho a minha empresa, mas não é fixo, depende dos projetos e eventos que eu desenvolvo (Entrevistado 5).

No [período] noturno, eu fico na Academia Cristã de Moços. Trabalho com jovens e adultos em inúmeras atividades: hidro, natação, musculação, futebol, vôlei (Entrevistado 4).

Trabalho à noite em uma escola estadual (Entrevistada 1)

Acrescente-se ainda que apesar de alguns entrevistados considerarem o trabalho no Nasf mais estável e optarem por só trabalhar nele, outros atentam para a falsa estabilidade, tendo em vista o regime de contratação por OSs, o vínculo celetista e possibilidade de descontinuidade do programa.

Como são as OS que estão aí, e os contratos são de quatro em quatro anos, e começou a ser implementado neste governo do Eduardo Paes, há uma preocupação, da minha parte, sobre a continuidade. Acredito que ninguém acabe com isso, mas podem mudar os rumos, mudar de OS. Se fosse algo regido pelo sistema estatutário, sistema dos servidores públicos seria algo fixo e que teria continuidade. Agora com a CLT, você pode ser mandado embora como muitos já foram (Entrevistado 3).

Além da insegurança, a intensificação do trabalho como rotina do PEF, constitui aspecto relevante na fala dos entrevistados. Embora os apologistas da flexibilidade

(CHINELLI et al., 2014) apontassem já nos anos 1990 o melhor dos mundos para os trabalhadores, o que se tem verificado desde então é o surgimento de novas formas contratuais (CHINELLI; VIEIRA, 2013, p. 1594) e dispositivos de gestão na atenção básica que resultam na intensificação do trabalho, na precarização dos vínculos e da subjetividade e na perda da qualidade de vida daqueles que deveriam gerar qualidade de vida, os profissionais da saúde.

5.3 O QUE DIZEM OS ENTREVISTADOS

5.3.1 Do sonho à realidade na formação profissional

Ao pensar nas motivações para a escolha da EF, um aspecto chama a atenção: nenhum dos entrevistados mostrou motivação inicial para exercer a educação física no âmbito da saúde. É possível que isto se deva ao fato de que, embora se tenha expandido a atuação do PEF no SUS, ainda encontra baixa visibilidade. A isto se pode agregar a imagem negativa que o jovem traz do SUS em função da precariedade do atendimento nos níveis secundário e terciário (CRUZ JUNIOR; CAPARROZ, 2013) e o tradicionalismo técnico-esportivo presente nos cursos de EF. Quanto a esse aspecto, Andrade et al. (2014, p. 97) afirmam que as “experiências positivas da juventude se concentram muito mais nas academias, clubes esportivos e na própria Educação Física escolar”, o que muitas vezes não permite a compreensão dos alunos sobre a importância de sua formação em relação à saúde. Desta forma, quando indagados sobre o que motivou a escolha da EF como profissão, a maioria não explicitou a possibilidade de trabalhar na área da saúde

Quando era mais novo eu gostava de praticar esportes. Já fui atleta de polo aquático, karatê, mas nunca tentei ser profissional. Enquanto praticava, cheguei a passar um pouco do que sabia para algumas crianças da família. Gostei de fazer aquilo. Quando entrei para a faculdade, pensava em trabalhar com aquilo, mas no meio do caminho, as coisas foram mudando. Até trabalhei com psicomotricidade na época da faculdade no Projeto Brincante. Escolhi a profissão para passar ensinamento para as pessoas outras crianças. (Entrevistado 5)

Escolhi a Educação Física porque meu pai também é da área. Eu sempre ia trabalhar com ele, sempre gostei muito de esportes e acabou se tornando um caminho natural (Entrevistado 7)

Eu sempre fui envolvida com quase todos os tipos de esportes, e tem aquele sonho de criança em ser uma jogadora de vôlei, mas não era tão boa assim, e acabei optando pela educação física (Entrevistada 10).

Meu pai era professor de Educação Física, então desde pequeno sempre pratiquei muitos esportes de todos os tipos. Desde cedo tinha uma ligação com esportes e foi aflorando até que na hora de escolher uma faculdade, fui para a área de Educação Física que era o que meu pai fazia (Entrevistado 8).

Fui influenciado no Ensino Médio por dois professores, (...) no colégio Estadual Souza Aguiar. Eu queria ser como eles. Fiz a graduação na Universo, Faculdade Salgado de Oliveira. Eu fazia Administração de Empresas, e sai para fazer o que eu queria. (Entrevistado 4).

Outros entrevistados relataram experiência na área da saúde ainda durante a graduação através de projetos de extensão universitária e campos de estágios com grupos de riscos. Eles ressaltaram que foram boas experiências, mas que a realidade no Nasf é diferente.

Na época da faculdade, participei de um projeto de extensão em uma oficina de avaliação funcional. Foi uma boa experiência. Trabalhávamos com atendimento ao público e isso ajudou bastante. Por exemplo, quando faço avaliação e reavaliação na minha unidade, outro fator são as atividades com aparelhos e as aulas coletivas. A faculdade deu boa base. Agora no Nasf, foi somente no serviço que aprendi (Entrevistado 5).

5.3.2 O campo de atuação na saúde

Na opinião de Guarda et al. (2014, p.70) que revisaram a literatura sobre a atuação profissional do PEF no setor saúde, ainda se “encontra em descompasso entre formação acadêmica e demandas do mercado”. Não há ainda um reconhecimento por parte dos alunos dos cursos de graduação a respeito dos espaços de atuação do PEF na área da saúde, principalmente em relação ao Nasf (JERÔNIMO et al., 2013).

Como apontado anteriormente, o Nasf é um campo de atuação recente para os profissionais de educação física, iniciado oficialmente em 2008, no município do Rio de Janeiro. Mas foi somente em 2010, com as Clínicas da Família e a expansão da ESF que sua implementação se deu de forma efetiva. Indagados se antes do ingresso no NASF haviam pensado em exercer a formação em EF na área da saúde, os entrevistados em sua maioria demonstrou desconhecimento dessa possibilidade:

Eu não via campo de atuação para a gente, por mais que a Educação Física esteja inserida na grande área de saúde, não via vagas abertas. Mesmo quando comecei a estudar a parte do SUS não era uma realidade recorrente como hoje é (Entrevistado 3)

Não, nunca havia pensado. Realmente me atentei para a área da saúde devido à oportunidade salarial. Trabalhava em uma escola particular, era muito chato ter que trabalhar sem segurança, sem estabilidade. Já queria algo mais estável a algum tempo (Entrevistado 7).

Eu não tinha esta noção que poderia ter este trabalho principalmente na área da saúde ou clínica da família. É uma área nova. Foi inovada, trabalhando dentro dos postos de saúde e da clínica da família (Entrevistado 4).

Esse desconhecimento por parte dos PEFs evidencia uma formação profissional distante da atenção básica. Contudo aqueles com formação mais recente manifestaram intenção de se inserirem no campo da saúde, ao contrário daqueles formados até o fim do ano 2000, conforme a entrevistada 6 que ingressou no Nasf em 2014 que, recém-formada, manifestava conhecimento e desejo de trabalhar na saúde.

Trabalhei na [nome da instituição hospitalar] no setor de diabetes. Foi mais fácil. Eu fiz bacharelado e sempre foi voltado para a saúde. Não tenho dom para a educação e licenciatura. Meu objetivo sempre foi saúde, pesquisa, laboratório. O [nome de um projeto do qual participa] era um programa extramuros. O paciente ia lá de três em três meses para consultas, eu o orientava sobre a prática de atividade física, fazia um plano de caminhada, onde tinha que medir a glicemia antes e depois e o tempo que fez. Ele retornaria para mim com aqueles dados. Eu não tinha espaço para fazer atividade física. (Entrevistada 6)

O conhecimento sobre o campo da saúde apresentado pela entrevistada é apontado por Furtado e Santiago (2015, p. 329) que entrevistaram alunos recém ingressados nos cursos de licenciatura em EF da Universidade Federal de Goiás. Esses alunos, apesar de apresentarem desorientação sobre o curso de licenciatura e sua área de atuação, 36% deles manifestaram o desejo de atuar em áreas relacionadas à saúde. Outros resultados trazidos pelos autores reforçam o tradicionalismo com que a prática esportiva e as possibilidades de atuação abertas pela licenciatura, apresentando percentuais de “33% com treinamento esportivo; 37% com ensino básico; 9% com ensino superior; e 9% com lazer (práticas recreativas); e também 9% não sabiam ao certo qual seria o campo de atuação” (FURTADO; SANTIAGO, 2015, p. 329).

Quando os entrevistados para esta dissertação foram indagados sobre se a formação na graduação poderia contribuir para a prática no Nasf, nenhum deles apresentou uma avaliação inteiramente positiva a respeito.

Quando penso no conhecimento sobre o SUS, a atenção primária, saúde coletiva, promoção da saúde e etc., minha formação foi excessivamente escolar e prática. Não quero dizer que isso não ajuda. Claro que ajuda. Afinal há aparelhos para executar exercícios, avaliação para fazer, tem que ter um lado fraterno que a licenciatura trabalha bem e as discussões sociais que também ajudam. A formação é falha nas discussões que envolvem as políticas públicas que envolvem o SUS, e esse é um fator que dá para se adaptar em serviço mesmo, com tempo você pega e vai aprendendo. Só não tem como afirmar que é algo imediato, demanda tempo. (Entrevistada 10).

A faculdade ajudou na visão, mas não ajudou no ponto de vista teórico e prático. Esta visão do atendimento humanizado, do indivíduo como um todo, você consegue sair com ela. Mas disciplina não (Entrevistado 5).

Não. Sempre tive a ideia da Educação Física como prática esportiva. Para essa área da saúde, comecei a abrir a cabeça no final da faculdade quando comecei a me interessar por concursos e ‘abri’ a cabeça para outras oportunidades (Entrevistado 8).

Conforme se pode verificar nestas falas, embora alguns PEF encontrem na graduação alguma base para o trabalho no Nasf, outros só se sentiram preparados ao cursarem a pós-graduação. A respeito, Andrade et al. (2014, p. 102) afirmam haver uma “massa crítica de docentes” que estudaram a saúde pública nos anos 2000 que hoje formam os futuros professores nas graduações e pós-graduações, contribuindo com o aprimoramento dos PEFs nesses níveis de formação. Como o número de cursos de graduação é elevado e seguem o tradicionalismo curricular, as discussões que envolvem a saúde pública, promoção da saúde e atenção básica são encontradas com maior facilidade em cursos de pós-graduação.

Na minha graduação não acho que tenha sido satisfatório porque tive poucas disciplinas que focassem em saúde. O que me ajudou muito foi a pós que trouxe um panorama do SUS que eu não tinha. Fui fazer a prova de seleção sem estudar muito. Outros amigos tiveram que buscar conceitos da atenção primária para se preparar para a prova. Acho que todos deveriam fazer uma pós em saúde pública ou na ESF. Facilita bastante. Lógico que a atuação não é só teoria, mas a adaptação à unidade foi mais fácil (Entrevistado 9).

A graduação contribuiu muito pouco, pois não tive nenhuma matéria específica de saúde, peguei mais no mestrado mesmo. (Entrevistado 3)

Diante das dificuldades encontradas na formação dos PEFs, a capacitação em serviço passa a ter um papel crucial na sua adaptação ao trabalho na atenção básica. Neste sentido Santos e Benedetti (2012) analisam experiências positivas na capacitação pedagógica recebida por PEFs atuante no Nasf. Segundo os autores, a capacitação inicial se mostrou resultados positivos quando os quatro pilares que estruturam o Apoio Matricial – educação em saúde, educação permanente, controle social e clínica ampliada –, são ensinados nos cursos iniciais. Os PEFs entrevistados também receberam capacitações ao iniciarem suas atividades no Nasf do município do Rio de Janeiro, considerando adequada, além de afirmarem que ela é permanente.

Quando a gente ingressa no NASF, temos um contato de duas semanas aproximadamente com um apoiador. No meu caso, quando entrei, minha unidade estava em obras. Fiquei duas semanas na unidade do meu apoiador. Foi bacana a experiência, muito proveitosa. Consegui fazer uma capacitação durante o próprio trabalho. Tem uma capacitação com o CAPS que aborda temas como a diabetes e o tabagismo. (Entrevistado 7).

Sim, pelo Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. A capacitação é com a assessoria que coordena todo o programa Academia Carioca. Antes de entrar, tem um protocolo a seguir, você recebe material: as planilhas, fichas. Recebe toda uma capacitação antes, como é o trabalho, o que é o programa, toda uma trajetória. Tem cursos oferecidos pela CAP como Tabagismo, Auricoloterapia, Tabagismo na Infância e Adolescência. (Entrevistada 6).

No começo, quando entrei para o Nasf, tive dificuldade porque fiquei perdido. Tive que olhar o quadro de outra maneira. Mas depois com o treinamento, a ajuda de

outros professores de EF já com experiência no Nasf, os multiplicadores, fui evoluindo. Temos grupos de trabalho também: tabagismo, grupo de hiperglia (hipertensos e diabéticos), grupo de saúde mental, trabalho com grupo de gestantes também. (Entrevistado4).

5.3.3 A importância do PEF nas unidades básicas de Saúde

A inclusão do profissional de EF no Nasf não ocorre de forma imediata. Segundo Santos et al. (2014, p.135), três aspectos devem ser levados em consideração: os registros de atividades, o Código Brasileiro de Ocupações e o “fluxo de integração à rede de saúde brasileira”. Inicialmente o PEF poderia:

se credenciar em sete opções diferentes no CBO, o que dificulta o controle de produtividade e a identidade do profissional que atua na saúde. Cada um destes CBO possuía um leque diferenciados de registro de atividades que, com o decorrer do tempo, foram sendo ampliados, na tentativa de ajustar a realidade do cotidiano de trabalho do profissional. (SANTOS et al., 2014, p. 135)

Apesar de organizado em 2013 com o novo CBO, o PEF já se encontrava na saúde desde 1997 por meio da resolução CNS no. 218/97, inserido em programas municipais de atividade física. Segundo Santos et al. (2014, p. 136), o PEF atuava na saúde de forma “estática e isolada”, havendo uma baixa “capilarização da EF no SUS”. Com a organização da rede de saúde nas esferas federal e municipal e atuando em programas como Academia Carioca da Saúde e Academia da Saúde, houve a aproximação do PEF da ESF/Nasf e de outros serviços da rede. Quanto a esse momento, os entrevistados apresentaram o seguinte ponto de vista.

Hoje eu diria que é essencial. Não sei se em outros municípios, em outras partes do Brasil, poderia falar isso. Mas consigo ver no vínculo e nos resultados que temos. O vínculo vem da parte social que a gente trás, não só o vínculo de usuário com professor, mas o que eles constroem entre eles mesmos. O próprio modelo que temos hoje de atividades e que o educador físico com as aulas que nós promovemos e as atividades coletivas que nós buscamos, diria que hoje é essencial. E se hoje ele sair, vão perder bastante. Do ponto de vista financeiro também porque a redução de medicamentos que promovemos com as atividades, se vê resposta, as pessoas emagrecem, vemos nas avaliações e reavaliações. Às vezes o médico quer encaminhar o usuário para alguma atividade e como o educador físico está ali, já é uma opção, consegue tratar hipertensão, diabetes. (Entrevistado 5).

Enriqueceu muito a área da saúde, porque antes faltava alguma coisa. Nós fomos trabalhados como reprodutores de movimentos, a parte biológica. O profissional está ali para melhorar a qualidade de vida do cidadão. Teve como ser inserido e com o nosso conhecimento da parte de movimento, da parte de desenvolvimento cognitivo, as outras partes afetiva e motora, da forma global, tem como somar com outros profissionais da área da saúde (Entrevistado 4).

Embora em boa parte a visão dos PEFs inseridos no Nasf ainda esteja focada na relação causa-efeito e na atuação médico-centrada, o que reforça a necessidade de repensar

sua formação acadêmica e em serviço, colheram-se relatos que aproximam sua atuação de conceitos de promoção da saúde como se pode verificar no trecho abaixo.

(...) estou neste Nasf, 2011. Vejo que somos muito importantes. As pessoas têm valorizado muito a prática da atividade física como um cuidado da saúde. A gente não cuida de doença, cuidamos da saúde daquela pessoa. Do cidadão! [...] nós somos importantes por isso. A atividade física nós sabemos de todos os benefícios dela para o hipertenso, tudo o que ela melhora na diabetes, tudo que ela melhora no stress, na depressão. Esse convívio com grupos de atividade física é muito bacana. Melhora muito a qualidade de vida do cidadão. (Entrevistada 1)

De certa forma, a atuação do PEF no Nasf do município do Rio de Janeiro representa um novo momento para esse profissional: o olhar biologizante tradicional na educação física brasileira (PALMA, 2001), perde espaço para um profissional com maior compreensão sobre suas atividades, sobre a promoção da saúde e os fatores sociais que envolvem sua atuação na unidade básica de saúde.

Quanto ao possível isolamento por atuar no lado externo da unidade e com aparelhos específicos:

Eu me sinto totalmente inserida junto aos profissionais de saúde. Quando cheguei, nunca perguntei para os demais colegas. Quando cheguei me senti meio aquém, mas depois que eu comecei a debater os casos, caso-a-caso, mostrando para eles o quanto é importante a atividade física, isso foi se solidificando melhor. (Entrevistada 1).

Não me sinto desta forma. Claro que o nosso trabalho tem uma parte solitária, dos aparelhos. Inclusive, deveria ter um técnico de enfermagem com a gente. Nem sempre tem, mas tem toda uma outra parte em conjunto também. Não me sinto isolado e não vejo desta forma. (Entrevistado 3).

Sobre o trabalho multidisciplinar no Nasf e o relacionamento com os outros membros da equipe, os entrevistados não explicitaram problemas significativos sobre o relacionamento intra e inter equipes, apesar de pesquisas anteriores como a de Santos et al. (2014, p. 135) encontrarem alguns ‘nós críticos’ como “estratégias de comunicação, definições de papéis e aproximação dos serviços de saúde”.

Meu trabalho flui muito bem, sempre que a fisioterapeuta vê um usuário que não tem mais necessidade de fazer fisioterapia, ela encaminha para mim. Quando eu vejo que tem um usuário que precisa de fisioterapia, eu encaminho para ela, porque as vezes o médico encaminha um paciente com muleta para mim, mas antes ele precisa passar pela fisioterapeuta para depois retornar. Quando eu detecto que alguém está deprimido, quando estamos fazendo o questionário de qualidade de vida, é comum as pessoas chorarem e, dependendo do caso, encaminho para o psicólogo. (Entrevistado 5).

É tranquilo lidar com os profissionais da equipe, mas nem sempre será fácil. Já trabalhei com um médico arrogante, o que ocasionou pouco contato fora do profissional. Em outra oportunidade trabalhei com um gestor da unidade que vivia de mau humor. No trabalho em qualquer lugar haverá dificuldades de

relacionamentos, mas esses eram unânimes, não era só comigo. Todos os outros profissionais tinham dificuldades também. (Entrevistada 10).

5.3.4 Educador físico: um profissional "resolutivo"

No que se refere às ações da rotina de serviços do PEF, encontraram-se relatos apontam a exigência criatividade, bom relacionamento com os demais profissionais e conhecimento técnico. Anjos e Duarte (2009, p. 1140) apontam que a atuação do PEF no SUS deve relacionar a atenção integral às “condições de vida, acesso às tecnologias, criação de vínculo entre profissionais da saúde e usuários e autonomia crescente desses na condução de sua vida”.

No geral, os professores de EF tem uma boa entrada, até pela própria demanda de trabalho, onde o profissional precisa ser proativo. Ele tem que resolver muitas coisas para o problema não passar para outra instância, pelo próprio perfil em ser uma pessoa resolutiva, você acaba tendo contato com muita gente e tendo carisma também. Eu vejo assim. (Entrevistado 3).

Quando perguntados sobre as quatro atividades do PEF atuante do Nasf, percebem-se mais uma vez falas focadas na doença, mas a aproximação de outras profissões e as ações no território sinalizam um olhar comprometido com o conceito ampliado de saúde.

Vou falar das ações. Começar com a ação educativa em que consegui envolver não só os profissionais do Nasf como da clínica e os residentes: no Nasf em que trabalho não tem nutricionista e quando eu fazia as avaliações, os alunos reclamavam que não conseguiam reduzir de peso, apesar de estarem há muito tempo fazendo atividade física. Tem uma parte que nós perguntamos como é a dieta deles, se fazem dietas e quantas vezes se alimentam por dia. Neste momento eles falavam que não se alimentavam direito e não sabiam o que fazer. Comecei a pensar o que eu podia fazer, qual ação educativa para que aquele aluno se alimentasse melhor. Quando entrei, tinha dificuldade para conseguir fazer com que os profissionais da clínica me enxergassem enquanto parte integrante da clínica, porque o outro profissional que saiu tinha uma relação distante. Fazia o trabalho dele e a clínica estava lá. E quando entrei, algumas pessoas que gostavam do profissional que saiu, na primeira semana não falavam comigo porque achavam que ele tinha saído por minha culpa. Como nunca tive problema com ninguém, pensei: tenho que fazer alguma coisa em que eu trabalhe as duas partes. Conversei com uma nutricionista residente e falei que podíamos fazer uma ação. Conversando, criamos o Café Reflexivo. Normalmente tem um café da manhã que muitos fazem mas nunca tem uma reflexão sobre o que está sendo feito ali. Pensei eu queria que eles pensassem sobre o que estavam comendo. Não vou pedir para eles trazerem alimentos saudáveis, vou pedir para trazerem o que eles querem e em cima do que vier, vamos fazer a reflexão e falaremos sobre um tema. Eles trouxeram suco de caixinha e falamos de tudo que eles achavam que era mais saudável e viram que não é tão saudável assim. Depois disso, falamos sobre um tema. Eu pensei que fosse tomar uma proporção pequena, mas as pessoas começaram a gostar. Apresentei isso em uma jornada. Era uma ação que era para ser pequena e tomou uma grande proporção. Acho que é uma coisa simples, mas todo mundo elogia bastante. Fazemos ações educativas na escola. É comum ir com o pessoal da saúde bucal. Ou quando tem uma data específica de vacinação, vou também para poder dar este apoio. Desenvolvo grupo de dança de salão, com forró, zouk e salsa. Estou participando do grupo de tabagismo. Começamos com um grupo de crianças obesas. Pensamos em fazer um grupo

chamado Diversão e Nutrição que usa o lúdico para trazer a criança para clínica e falar sobre Nutrição. (Entrevistado 5).

Temos as atividades da Academia Carioca e as do Nasf. As da Academia são as tradicionais, voltadas para a atividade física. As atividades voltadas para o Nasf você quer saber? Faço visita domiciliar, discurso de caso, reunião de planejamento para matriciar nossa área e temos reuniões quinzenais para planejar todas as ações do Nasf. Qualquer ação de saúde que a gente tenha que fazer, são todas coletivas. Tem também as ações individuais. Por exemplo, a ação do diabético é esse mês. Chamo a nutricionista e a gente faz pequenas ações dentro da unidade da nossa área de atuação. (Entrevistada 1).

Acho que a imagem que mais me marcou antes de entrar na unidade foi a ideia de fazer visita domiciliar. Acho fantástico esse contato. As interconsultas não faço muito, mas também considero importante. A integração entre o meu trabalho e os da fisioterapia, nutricionista e a psicóloga também destaco porque, acima de tudo, somos amigos no trabalho e acho nossa integração importante. As últimas, são as ações na comunidade, as externas. Trabalhamos numa praça perto da unidade e lá organizamos campanhas e políticas de saúde. Outras ações são as que ocorrem na escola como palestras, ações de saúde e atividades em datas específicas. Temos autonomia para abrir grupos de temas variados. (Entrevistada 10).

Note-se que as visitas domiciliares não fazem parte da rotina dos profissionais entrevistados. Vários deles as fazem, mas se houver outros profissionais como fisioterapeutas e nutricionistas ou as demandas dos usuários à unidade forem grandes, os PEF não integrarão as equipes de visita domiciliar.

Faço. Infelizmente não faço com tanta frequência porque a unidade em que trabalho tem muita demanda e os próprios profissionais do Nasf têm dificuldade de sair junto com a equipe de saúde da família porque o médico tem consulta ou demanda livre demais, e se ele faz poucas nós fazemos menos ainda. É sempre muito importante até para quem é acamado e não pode chegar até a gente. É importante que a gente vá. (Entrevistado 3)

Sim, eu fiz mais do que faço hoje. Antes da fisioterapeuta entrar, eu pegava todos os acamados. Com ela, eu passei a ir menos. Se precisarem de mim, vou. (Entrevistado 5).

Uma das entrevistadas tenta combater a evasão com as visitas domiciliares e relata encontrar resultados.

Fiz um papel para todos os alunos que fogem de mim. Pego o nome e o endereço e ainda tenho o trabalho de procurar o ACS e tento marcar com os ACSs para fazer visita e entender o que está acontecendo e porque não está indo à academia. 50% dos que eu falo voltam a vir. Eu tenho esta vantagem por aqui ser mais tranquilo. Aqui tem muito idoso. (Entrevistada 6).

Sobre a demanda de serviço nas unidades básicas de saúde que acabam comprometendo as visitas domiciliares, os PEF entrevistados mostraram que ela é diferenciada para cada unidade. Xavier e Espirito Santo (2011, p. 7) encontraram uma demanda que “acarretava filas de espera para ingressos nas atividades e uma ordem de prioridade que não atende ao princípio da equidade do SUS”. Sendo assim, com a expansão

da atenção básica no município, parece que o número de usuários ainda se mostra alto em algumas unidades, mas não em todas.

Tenho amigos fora do Naf que trabalham com 100 alunos e no cadastro o total é de 350 ativos. Na minha unidade tem uns 600 cadastrados. Uns param de vir eu tiro da planilha. Outros eu procuro dar autonomia e fazem seus próprios exercícios fora da unidade, só voltam para a reavaliação comigo. Só sei que se encontram ativos mais ou menos 450 alunos. Tudo bem. Na minha unidade tem outro professor, mas mesmo assim tem unidades com números mais tranquilos, outras não. Tem territórios que não possuem espaços públicos de lazer, com isso a demanda fica alta. (Entrevistado 7).

Eu não me sinto muito sobrecarregado porque me adaptei ao trabalho. Quando entrei, me sentia muito sobrecarregado. Tem períodos do ano que são complicados. As demandas vem de uma hora para outra. Mesmo a gente conhecendo o calendário, muitas vezes surge algo do nada e nós precisamos fazer. É complicado, mas tem que ir à luta. (Entrevistado 5).

Nós temos que abraçar um determinado território. (...) teria que ter mais profissionais de educação física para trabalhar em conjunto. [assim] conseguiríamos abraçar o usuário. Como o programa está em crescimento, com os dados e comprovações vai ter demanda para contratar mais profissionais de educação física. (Entrevistado 4).

Outro aspecto que chama atenção é o número de usuários do Programa Academia Carioca que passou de 80 mil usuários para 104 PEF em janeiro de 2016, com uma média de 769 alunos por professor. Quando perguntados sobre esses números, as respostas reforçam as diferentes demandas encontradas em cada unidade e a grande evasão do programa.

Acredito que é suficiente sim, pois cada unidade pode ter dois profissionais. Mas existe também uma questão sobre este número. Este é o total de usuários que passaram pela Academia, não que frequentam, apesar do programa dizer que eles frequentam. Tem gente que ficou um mês fora, vai e volta, e não são todos os professores que tiram o nome da planilha. O número de quem prática é bem menor. No IABAS tinham 287 matriculados, quando eu saí. Frequentando tinha a metade disso. (Entrevistado 3).

5.3.5 A percepção dos usuários sobre o trabalho dos educadores físicos atuantes no Nasf

Apesar de haver uma demanda elevada em algumas unidades, os PEF entrevistados apresentam um retorno positivo do seu trabalho no Nasf.

Às vezes, tenho atrito com as senhoras que divergem das ideias, mas não é muito relevante. (...). Eu me sinto valorizada porque os alunos comparecem. Todo professor tem aquele vínculo porque está ali todo dia. Você é professor e acaba sendo psicólogo (Entrevistada 6).

Ele [o PEF] não vem com esta dimensão toda do Nasf e de como a gente pode atuar. O programa trabalha muito mais na prática, mais com o usuário do que fazendo o matriciamento. O usuário nos vê como o profissional que vai trabalhar dando aula de educação física no método tradicional que ele conhece. Nós conseguimos mudar isso

em alguns alunos. Mas quando eu entrei, alguns alunos achavam que o PEF estava ali para orientar a aferir pressão. Muitos reclamavam perguntando quem ia aferir a pressão. Muitos acham que o contato termina ali, não sabem que eu vou para a clínica fazer outras ações (Entrevistado 5).

Os meus alunos usuários valorizam demais. A gente não tem depoimento negativo sobre se a atividade física está atrapalhando a vida do usuário. Muito pelo contrário, eles se sentem felizes praticando atividade física. E o uso da medicação realmente diminui com a prática de atividade física regular. Então não há problemas não (Entrevistada 1).

Quanto aos aspectos do atendimento que precisam melhorar em suas unidades de saúde ou no programa Academia Carioca, a evasão dos alunos, a perda de aulas devido à chuva e a burocracia pelo preenchimento de fichas são os principais problemas enfrentados.

A questão da evasão me incomoda muito. O aluno vem aqui, faz a inscrição e não vem fazer ginástica. Por isso, vou na casa deles. Se tem 300 inscritos na minha planilha e vem 100, tem alguma coisa errada aí (Entrevistada 6).

A Academia tem uma cobertura, um sombreado para proteger do sol. Quando chove não tem aula porque molham os aparelhos, é um risco para os usuários. (...) seria cinco vezes mais caro colocar um telhado, seria custoso ao poder público. Não vejo como um problema, mas tem professores que colocam quantidade reduzida de anilhas, pesos... Não vejo como problema porque o objetivo não é este, é promover saúde, fazer atividade física mais aeróbica, o que tem lá dá conta. Claro que se eu quiser dar uma aula mais pesada para um público mais jovem, vai ser reduzido por ser um par de caneleiras de 2, um de 4 e um de 6. Temos que nos adaptar, mas pelo perfil do programa, não considero um problema (Entrevistado 3).

O que mais me incomoda é a evasão dos alunos. Se houvessem estagiários, conseguiria atingir mais pessoas, sem contar que capacitaria futuros profissionais (Entrevistado 7).

As áreas podem dialogar mais. Às vezes não há uma vontade de trabalhar de forma conjunta, mas sei que isso depende do profissional de saúde que está ali. Outra coisa que não gosto são os preenchimentos de fichas, perco muito tempo e tenho que fazer (Entrevistado 9).

A permanência na área da saúde é a perspectiva de futuro mais mencionada pelos PEF entrevistados. Na maioria dos casos os avanços nos estudos através dos cursos de pós-graduação são apontados como o principal projeto para o futuro, ao mesmo tempo em que relatam que o tempo e a maturidade podem dificultar a concretização dessa perspectiva. No caso da entrevistada 6, houve clara explicitação do desejo de se tornar professora universitária.

No momento, não penso em mudar de área. Pretendo daqui a algum tempo ingressar em um mestrado na área de saúde pública, o difícil é arrumar tempo (Entrevistado 8)

Quero fazer mestrado, (...) na área da saúde pública, em um futuro próximo. (Entrevistado 9)

Pretendo fazer uma pós na ESF e mestrado em saúde pública na Fiocruz. É um sonho vamos ver. (Entrevistada 10)

Fazer mestrado, doutorado e ser professora na UERJ. (Entrevistada 6)

Pretendo fazer mestrado. Estou com dificuldade com a carga horária. Está difícil de iniciar por causa disso. Falta apoio de algum trabalho para eu poder me qualificar mais, porque vai voltar para próprio trabalho. (Entrevistada 1)

O Nasf, a todo momento, me dá capacitação sobre coisas que nunca tinha visto na minha vida. A última que fiz foi sobre o pé diabético. Fiz com outro profissional, terapeuta ocupacional, profissional da área, enfermeira, explicando para nós professores nos atentarmos aos alunos, para ajudar na demanda de trabalho no posto de saúde. (Entrevistado 4).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As entrevistas apresentaram um PEF engajado efetivamente na ESF/Nasf. No entanto, suas atividades ainda se voltam sobretudo para grupos de risco por meio de protocolos médico-centrados (XAVIER; ESPIRITO SANTO, 2011). Sua atuação na maior parte das unidades têm caráter coletivo, como ginásticas e atividades físicas em aparelho, conforme a demanda da unidade.

A análise do material coletado sinalizaram as tensões em torno do PEF no campo da saúde que se expressam no tradicionalismo da atividade física e no olhar mais humanizado das práticas corporais. A regulamentação da EF em 1998 (lei nº 9696/98) e os pareceres curriculares de CFE nº 3/87, CNE nº 01/2002 e 02/2002 e CES/CNE nº 07/2004, apontaram divergências entre a corrente tradicional e a crítica na elaboração curricular e priorização de nichos de mercado. Cabe ressaltar que capacidade de captar pacientes saudáveis tornam os PEF fundamentais nas unidades básicas de saúde do município, objetivo das diferentes campanhas de saúde nas comunidades, nas quais atuam esses profissionais. Entretanto, para que essas campanhas sejam realmente bem sucedidas, é necessário que haja convergência quanto à compreensão do conceito de promoção da saúde e uma aproximação efetiva com a comunidade. As entrevistas permitiram constatar duas compreensões do conceito de promoção da saúde por parte dos entrevistados: como um conceito preventivo médico-centrado, focado na doença e outro, que busca promover saúde e qualidade de vida em comunidade.

Apesar desta diferenciação conceitual, pôde-se observar que o PEF apresenta um olhar próximo ao conceito ampliado de saúde, sinalizando um avanço na ESF/Nasf. As mudanças podem ser notadas em novas experiências como o curso de Bacharelado de Educação Física e Saúde da Universidade de São Paulo, que apresenta um currículo próximo da promoção da saúde e um distanciamento do tradicionalismo higiênico presente ao longo da história da EF.

Note-se que os avanços na formação profissional, a atuação do PEF vinculada ao Programa Academia Carioca da Saúde e ESF/Nasf, não permitem uma intervenção no Nasf de forma mais efetiva, tendo em vista que a prioridade do PEF se encontra nas atividades que demandam um maior quantitativo de usuários. Somado a isso, a falta de um plano de carreira e o estímulo à educação continuada que possam resultar em uma dedicação profissional exclusiva, precisam ser pensados a fim de ampliar a qualidade no serviço.

Outros aspectos apontados pelos entrevistados foram a falta de programas de estágios e residências nas unidades dos profissionais entrevistados, aspectos essenciais na formação de

futuros profissionais, e a ampliação da clínica por parte dos PEF. Freitas et al. (2013) observam a falta de integração ensino-trabalho através de estágios e residências e a distância desses profissionais de uma formação integral que se aproxime das necessidades da população atendida pelo SUS. Ceccim e Feuerwerker (2004) vão além e detectam que é a abordagem biologicista, medicalizante, com procedimentos médico-centrados que ainda caracteriza a formação dos profissionais de saúde, não só o de educação física.

Desta forma as mudanças já observadas no processo de formação com cursos voltados diretamente para atuação do PEF devem, através do suporte acadêmico, ampliar o conceito de saúde e aproximar a promoção da saúde da comunidade com melhores condições de trabalho e formação continuada.

Note-se que apesar de se constituir em um campo de lutas no que se refere a diferentes concepções não só sobre atividade física e práticas corporais, mas também em relação às concepções sobre o trabalho do EF no Nasf, às tensões entre formação/atuação profissional e aos aspectos que dizem respeito às precárias relações de trabalho, os vínculos entre os PEFs, a equipe de saúde e a comunidade mostram-se positivos, sinalizando para a importância da atuação deste profissional na promoção da saúde.

Por fim, tudo sugere que apesar de sua importância no âmbito da ESF/Nasf, o PEF é um trabalhador que ainda não atingiu status semelhante ao de outros profissionais de nível superior que atuam na atenção básica no município do Rio de Janeiro. Por isto mesmo, é oportuno frisar a necessidade de considerar um plano de carreira e a oferta de educação profissional continuada que considere o que foi preconizado pelo movimento da reforma sanitária e as necessidades do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Giovanni. Valores-fetice, expectativas e utopias de mercado. In: _____. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo, Boitempo, 2011. p. 89-109.
- AMÂNCIO FILHO, Antenor. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface**. Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004.
- AMORIM, Tales Emilio Costa. **Programas de promoção de atividade física no Brasil**. Tese (Doutorado em Epidemiologia), Universidade Federal de Pelota, Pelotas, 2013.
- ANDRADE, Douglas Roque et al. Formação do bacharel em educação física frente à situação de saúde no Brasil. IN BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al. **A formação do profissional de educação física para o setor Saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014.
- ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis**, v.19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.
- AROUCA, Sérgio, **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- _____. **Discurso na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986**. Vídeo editado pelo Departamento de Comunicação e Saúde (DCS) do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz (Cict). Tamanho: 145 MB. Duração: 42'45". Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeria_video.htm>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- ASSMAN, Selvino José. Por uma política da vida a partir da relação entre corpo e vida. IN: FRAGA, Alex Branco et al. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- AZEVEDO, Luiz Alberto et al. As políticas públicas para a educação profissional e tecnológica: sucessivas reformas para atender a quem? **Boletim Técnico do Senac**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 2, p. 27-40, maio/ago. 2012.
- BADZIAK, Rafael Policarpo Fagundes; MOURA, Victor Eduardo Viana. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 69-79, 2010.
- BENEDETTI, Tânia. BORGES, Lucélia. Vivência acadêmica e proximidade prática na saúde. IN BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al. **A formação do profissional de educação física para o setor Saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014.
- BETTI, Mauro. Educação física como prática científica e prática pedagógica: reflexões à luz da filosofia da ciência. Rev. bras. **Educ. Fís. Esp.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 183-197, jul./set. 2005.
- BRACHT, Valter. Educação Física: a busca da autonomia pedagógica. **Revista da Fundação de Esporte e Turismo**. Curitiba, v. 1, n. 2, p. 12-19, 1989.

_____. Mas afinal, o que estamos perguntando, com a pergunta 'o que é , educação física'. **Movimento**. Porto Alegre, n. 2, p. I-VIII, jun. 1995.

BRASIL. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Agita Brasil**: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Educação. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES Nº 213/2008**. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, 2008a.

_____. Ministério da Educação. **Portal de Busca**. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CP n.º 1, de 18 de fevereiro de 2002**. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a formação de professores da educação básica, em nível superior, curso de licenciatura, de graduação plena. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CP n.º 2, de 19 de fevereiro de 2002**. Institui a duração e carga horária dos cursos de licenciatura, de graduação plena, de formação de professores da educação básica em nível superior. Brasília, DF, 2002c.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES n.º 007, de 31 de março de 2004**. Institui as diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em educação física, em nível superior de graduação plena. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria conjunta nº 4, de 6 de fevereiro de 2009**. Altera a homologação do resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno da Atenção Básica nº 27**: Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2011-2011**. Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Objetivos PET Saúde**. 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 30 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204 de Janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 79, 23 setembro 2008**. Estabelece mecanismo de repasse financeiro para incentivo à implementação e fortalecimento das ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família para o ano de 2008. Brasília, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 139, de 11 de agosto de 2009**. Estabelecer mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família. Brasília, 2009c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 184, de 24 de julho de 2010**. Estabelecer mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal, por meio do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na integração das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 719\GM\MS, 07 de Abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012**. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde. **Cartilha informativa do Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde. **Portaria conjunta nº 48 de 30 de junho de 2006**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo De Apoio À Saúde Da Família**. Brasília; 2009d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consolidado histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2012a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 21 jan. 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à saúde. Departamento de Atenção à saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no BRASIL**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Universidade de Brasília/CEAD, 2013c.

BRUGNEROTTO, Fábio Augusto. **Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde**. 2008. 110f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) –Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

BUENO, Alessandra Xavier. **Entre o fazer e o registrar da Educação Física no NASF: a relação conflitante entre a Classificação Brasileira de Ocupações e os procedimentos possíveis de registro pelo profissional de Educação Física**. 2012. 106f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BUENO, William Waissmann. Comunicação e Promoção da Saúde no Brasil. In: GABRICHEVSKY, Marcos et al. **A Saúde em Debate na Educação Física**. v. 3. Florianópolis: Editora da UESC, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-404, 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, Francisco Eduardo et al. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 885-910.

CAPARROZ, Francisco. **Entre a educação física da escola e a educação física na escola**. 3. ed, São Paulo: Autores Associados, 2007.

CARDOSO, Junia. OLIVEIRA, José Augusto. IV fórum de promoção da saúde. **A influência e o potencial de fatores de risco na promoção da saúde**. In: II conferência internacional de epidemiologia. Programa Academia Carioca. Rio de Janeiro: Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV/SMSDC-RJ,, 2012b.

CARDOSO, Junia. OLIVEIRA, José Augusto. **Programa Academia Carioca**. Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV/SMSDC-RJ, Rio de Janeiro - RJ, 2012a.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CARVALHO, Yara Maria. **O “mito” da atividade física e saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CARVALHO, Yara Maria. Promoção da saúde, praticas corporais e atenção básica. **Revista brasileira de saúde da família**. Brasília, v. VII, p. 33-45, 2006.

CARVALHO, Yara Maria. CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-182.

CARVALHO, Yara Maria. Atividade física e saúde: onde está e quem é o "sujeito" da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. São Paulo: v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Inf. & Soc. Est.** João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014.

CAZELLI, Carla Moura. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro**. 2003. 173f. Dissertação (Mestrado em Ciência na Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2003.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Yara Maria de. Ensino da saúde como projeto da integralidade: A educação dos profissionais de saúde no SUS. In: CECCIM, Ricardo Burg et al. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Out. 2004.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica; DE LUIZ, Neise. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimelhães Cardoso et al. (orgs.) **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013.

CHINELLI, Filippina et al. Qualificação profissional e trajetórias ocupacionais de Trabalhadores Técnicos em Saúde. In: MARTINS, Maria Inês Carsalade et al. (Orgs). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Minho: Universidade do Minho. / Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 2014.

CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Monica. Relação Contemporânea entre trabalho, Qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, p. 1591-1600, 2013.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do Ensino de Educação Física**. São Paulo SP: Cortez, 1992.

CONFEF. Carga Horária do Curso de Bacharelado em Educação Física. **Revista E.F.** Brasília, n. 32, jun. 2009.

CONFEF. **Regulamentação da Educação Física no Brasil**. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=16>>. Acesso em: 14 ago. 2015.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SAÚDE, 1ª. **Carta de Ottawa**. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

COUTINHO, Silvado da Silva. **Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde**. 2011. 207f. Tese (Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

CRUZ JUNIOR, Gilson; CAPARRÓZ, Francisco Eduardo. A juventude rumo à docência: considerações acerca da formação profissional em educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**. Porto Alegre, v. 35, n. 1, p. 145-159, jan./mar. 2013.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar; MALTA, Deborah Carvalho. Práticas corporais e atividade física no SUS: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In: BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al. **A formação do profissional de educação física para o setor Saúde**. Florianópolis: ABNEF, 2014.

DA SILVA, Alessandra Xavier. A reforma sanitária brasileira em debate. In: Jornada internacional de políticas públicas: Estado, desenvolvimento e crise do capital, 5., **Anais...** 2011.

DA SILVA, Andrea. **Saúde da Família: Uma descrição de sua expansão no município do Rio de Janeiro**. 2013. 118f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013.

DAMICO, José. KNUTH, Alan. O (des) encontro das práticas corporais e atividade física: Hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Rev. Movimento**. Porto Alegre, v. 20, n. 01, p. 329-350, jan/mar 2014.

DAÓLIO, Jocimar. **Da cultura do corpo**. 12. ed. Campinas: Papirus, 1995.

DAVID, Nivaldo A. Nogueira. **Novos Ordenamentos Legais e a Formação de Professores de Educação Física**: pressupostos de uma nova Pedagogia de Resultados. 2003. 128f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) Universidade Estadual de Campinas, Campinas: 2003.

DIAS, Henrique Sant'Anna et al. A trajetória da política educacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, jan./jun. 2013.

DRUCK, Graça. Trabalho, Precarização e Resistência: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**. Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

ENGSTROM, Elyne et al (Orgs). **A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

FALCI, Denise Mourão; BELISARIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface**. Botucatu, v. 17, n. 47, dez. 2013.

FARIA JUNIOR, Alfredo Gomes de. Perspectivas na Formação Profissional em Educação Física. IN: MOREIRA, W. **Educação Física e perspectivas para o século XXI**. 17. Ed. Campinas: Papirus, 2013.

FENSTERSEIFER, Alex et al. **Projeto de reformulação do curso de licenciatura em Educação Física**. Florianópolis: Ufsc, 2005a.

FENSTERSEIFER, Alex et al. **Projeto de implantação do curso de Bacharelado em Educação Física**. Florianópolis: Ufsc, 2005b.

FERLA, Alcindo Antônio et al. Educação Física e saúde coletiva: o que pode a ideia de integralidade na produção de mudanças no trabalho e na educação dos profissionais? IN: FRAGA, Alex Branco et al. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FIGUEIREDO, Zenólia. MARQUES, Fabíola. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Educação Física**: Fronteiras entre orientações e aprisionamentos legais. In: Congresso Internacional de Ciências do Esporte – CONICE, 5., Brasília: 2013.

FONSECA, Silvio Aparecido et al. Pela Criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física Para a Saúde: ABENEFS. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Pelotas, v. 16, n. 4, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

FRAGA, Alex Branco et al. (Org). **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

FRAGA, Alex Branco et al.. Políticas de formação em Educação Física e saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara; GOMES, Ivan Marcelo. As práticas corporais no campo da saúde. 1º Ed. São Paulo, SP. Hucitec, 1ª Ed, 2013.

FREITAS, Fabiana. **A educação física no serviço público de saúde**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FREITAS, Fabiana. Práticas Corporais e Saúde: Novos Olhares. **Rev. Bras. Cien. esporte**. Campinas, v. 27, n.3, p. 169-183, maio 2006.

FREITAS, Paula Hubner et al. Repercussões do pet-saúde na formação de estudantes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, jul./ago. 2013.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. Educação básica no Brasil na década de 1990: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. **Educação e sociedade**. Campinas, v. 24, n. 82, p. 93-130, 2003.

FURTADO, Roberto Pereira; SANTIADO, Lorena Paes. Educação Física e trabalho: considerações a respeito da inserção profissional de egressos da FEF-UFG. **Rev Bras Educ Fís Esporte**. São Paulo, v. 29, n. 2, p. 325-336, abr./jun. 2015.

GAYA, Adroaldo. Educação Física: educação e saúde? **Revista da Educação Física da UEM**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 36-38, 1989.

GAYA, Adroaldo. Mas afinal, o que é educação física??. **Movimento**. Porto alegre, v. 1, n.1, p. 29-34, set. 1994.

GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. A volta que parece simples. **Movimento**. Porto Alegre, n. 2, pp. XV-XVII, jun. 1995.

GHIRALDELLI JUNIOR, Paulo. **Educação física progressista: a pedagogia crítico-social os conteúdos e a educação física brasileira**. São Paulo: Loyola, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIRARDI, S. N. Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões. In: SANTANA, José Paranaçuá; CASTRO, Janete Lima. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 125-150.

GOMES, Romeu et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou inviabilidade masculina na atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16 (supl.), p. 983-992, 2011.

GUARDA, Flávio Renato Barros et al. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Rev Pan-Amaz Saude**. Ananindeua, v. 5, n. 4, p. 63-74, 2014.

HADDAD Ana et al. **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde**. **Cad ABEM**. Rio de Janeiro. v. 5, p. 6-12, out. 2009.

HALLAL, Pedro C. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. Curitiba, v. 14, n. 2, 2009.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Bairros Cariocas**. 2013. Disponível em: <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_ra.htm>. Acesso em: 20 jul. 2015

JERÔNIMO, Jeferson Santos. A Participação do Profissional de Educação Física em um Núcleo de Apoio a Saúde da Família: Protagonismo Profissional Além Da Aplicação De Atividade Física. **Fiep Bulletin**. *Online*, v. 85, *Special Edition*, 2015. Disponível em: <<http://www.ceap.br/material/MAT15112013155223.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2015.

KNUTH, Alan G. Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

KOYRÉ, Alexandre. **Considerações sobre Descartes**. 4. Ed. Lisboa: Editora Presença, 1992.

KUENZER, Acacia Zenaida. Da dualidade assumida à dualidade negada: o discurso da flexibilização justifica a inclusão excludente. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 28, n. 100 – Especial, p. 1153-1178, out. 2007.

LACERDA, Alda. **Apoio Social e a concepção do sujeito na sua integração entre corpo-mente: uma articulação de conceitos no Campo da Saúde Pública**. 2002. 101f. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

LAZZAROTTI FILHO, Ari et al. O termo práticas corporais na Literatura Científica Brasileira e sua Repercussão no Campo da EF. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 16, p. 11-29, 2010.

LEMOS, Evelin Danzi et al. Autopercepção de competência profissional dos estudantes de um curso superior de atividade física. **Revista Corpoconsciência**. Santo André, v. 14, n. 2, p. 30-41, jul./dez. 2010.

LIMA, Júlio César França. Breves histórias das disputas em torno do processo de regulamentação profissional e educacional das profissões em saúde: do Brasil colonial à primeira república. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimalhães Cardoso et al. (orgs.) **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro, EPSJV/Fiocruz, 2013.

- LIMA, Júlio César França. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- LIMA, Magali Alonso de. **Formas arquiteturas esportistas no Estado Novo: suas implicações na plástica e no espírito**. Rio de Janeiro: Funarte, 1979.
- LUZ, Madel Terezinha. **Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1982.
- MACHADO, Maria Helena. Trabalho e emprego em saúde. In: Giovanella Lígia et al. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- MARTINEZ, Jessica et al. Práticas corporais no sus: tensões teóricas e práticas. IN: FRAGA, Alex Branco et al. **As práticas corporais no campo da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MARTINEZ, Jessica. **Educação Física e Saúde Pública: A inserção do Profissional de Educação Física em Um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Goiânia/Go)**. 2014. 289f. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.
- MATSUDO, Sandra et al. Do diagnóstico à Ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na Promoção do Estilo de Vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**. São Paulo, v. 13, n. 13, 2008.
- MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2006.
- MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza. Do ideal de robustez ao ideal de magreza: Educação física, saúde e estética. **Revista Movimento**. Porto Alegre, v. 15, p. 175-191. 2009.
- MENDONÇA, Artenyza. **Sistema Único de Saúde: O que é o Sus?** 14. junho. 2009. Disponível em: <<http://fisioterapiafateci20082.blogspot.com.br/2009/06/sistema-unico-de-saude.html>>. Acesso em: 15 jun. 2015.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde**. 14. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.
- NOZAKI, Hajime. **Educação física e reordenamento no mundo do trabalho: Mediações da regulamentação da profissão**. 2004. 398f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.
- NOZAKI, Hajime. Trabalho e educação na atualidade: mediações com a Educação Física brasileira. **Revista Educação**. Santa Maria, v. 40, n. 1, p. 183-200, 2015.

OLIVEIRA, Vitor Marinho. **O Que é Educação Física**. 11. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.

PADILHA, Monique Alves et al. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 375-386, abr/jun. 2015.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PALMA, Alexandre et al. Comportamentos de risco e vulnerabilidade entre estudantes de Educação Física. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v.10, p.117-26, 2007.

PALMA, Alexandre. Educação Física, Corpo e Saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**. Campinas, v. 22, n. 2, p. 23-39, jan. 2001.

PASQUIM, Heitor Martins. A Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saude Soc**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, jan./mar. 2010.

PENNA, Adriana Machado. **Sistema CONFEF/CREFs: a expressão do projeto dominante de formação humana na Educação Física**. 2006. 106f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal, Fluminense, Niterói, 2006.

PEREIRA, Isabel Brasil. Histórico da Educação Profissional em Saúde. In: FONSECA, Angélica; STAUFFER, Anakeila (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde. Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Editora Fiocruz, v. 5, 2007.

PEREIRA, Jorge Adilson Gondim. **Formação em Educação Física: Discursos e a prática curricular**. 2014. 170f. Dissertação. (Mestrado em Educação Física) – Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

PROJETO GUIA. **The Academia da Cidade Program is considered a model program by CDC**. 2013. Disponível em:

<http://www.projectguia.org/documents/news_release/releasesecretariat_of_health_of_release_translated.pdf> Acesso em: 11 mar. 2015

RAMOS, Marise Nogueira. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez Editora, 2001.

RIO DE JANEIRO. **Resolução Conjunta SESQV/SMSDC n° 002/2009**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 13 abr. 2009. Ano XXIII. Nº 19, pg. 5.

RIO DE JANEIRO, Secretaria Municipal de Saúde - Assessoria de Atividade Física/SPS/SUBPAV. **Boletim informativo do Programa Academia Carioca/** outubro de 2015. Rio de Janeiro-RJ, 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. **Carteira de Serviços: relação de serviços prestados na Atenção Primária a Saúde**. Versão profissionais – Guia de Referência Rápida. 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Academia Carioca da Saúde beneficia 25 mil pessoas**. 2015. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=3449434>>. Acesso em: 10 de set. 2015.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Dia Mundial da Atividade física**. 2009.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **A Reforma da Atenção Primária no Rio de Janeiro 2009-2012**. Rio de Janeiro: SMSDC, 2013.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmonte do Sus. São Paulo: Hucitec, 2012.

SÁ BRITO, Fernanda. **Os nutricionistas do núcleo de apoio de saúde da família do município do Rio de Janeiro**: perfil, formação profissional e prática. 2015 162F. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro 2015.

SANTIN, Silvio. A respeito de comentários. **Movimento**. Porto Alegre, n. 2, p. IX-XIV, jun. 1995.

SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva dos et al. Experiências da educação física na formação e na atuação no Sistema Único de Saúde. In: BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al. **A formação do profissional de educação física para o setor Saúde**. Florianópolis: ABNEF, 2014.

SANTOS, Sueyla Ferreira da Silva dos; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. Saude**, v. 17, n. 3, p. 188-94, 2012.

SCABAR, Thais et al. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de apoio à saúde da família –NASF. **Revista J Health Sci Inst**. São Paulo, v. 30, n. 4, p. 411-418, 2012.

SILVA, Ana Maria; DAMIANI, Iara Regina. (Org). **Práticas Corporais**: gênese de um movimento investigativo na educação física. Florianópolis: Nauemblu Ciência & Arte, 2005.

SILVA, Diego Augusto Santos et al. O papel do profissional de educação física frente ao impacto global da atividade física. In: BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo et al. **A formação do profissional de educação física para o setor Saúde**. Florianópolis: ABNEF, 2014.

SILVA, Juliana. A inserção do nutricionista no Nasf no município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado – ENSP. Rio de Janeiro – RJ, 2012.

SILVA NERYS, Paulo da Trindade. Globalização: A nova cultura do trabalho e seus impactos na educação física. **Revista motrivivência**. Florianópolis, n. 10, dez. 1997.

SOARES, Carmen Lúcia. **Educação Física: raízes européias e Brasil**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUZA NETO, Samuel et al. A formação do profissional de Educação Física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 350-362, 2004.

TAVARES, Viviane. **EPSJV apresenta oficina sobre formação e qualificação para trabalhadores técnicos**. 15 nov. 2012. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=711>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

TOJAL, João Batista. Diretrizes curriculares para o bacharelado em Educação Física: novos rumos. **Revista Movimento & Percepção**, v. 1, n. 3, jul./dez. 2003.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Artes, Ciências e Humanidades. Curso de Bacharelado em Educação Física e Saúde. **Projeto Político Pedagógico Curso de Bacharelado em Educação Física**. São Paulo, 2014.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Instituto de Educação Física e Desportos. **Departamento de Orientação e Supervisão Pedagógica**. Disponível em: <http://www.depág.uerj.br/paginas_internas/desc_cursos/educacao_fisica.html>. Acesso em: 20 nov. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Centro de Memórias Inezil Pena Marinho**. Disponível em: <<http://www.ceme.eefd.ufrj.br/docs/hist.html>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Escola de Educação Física e Desportos. **Características da Formação em Educação Física**. Disponível em: <<http://www.eefd.ufrj.br/graduacao-em-educacao-fisica/>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2003.

VENTURIM, Lara Marina de Vasconcelos Pinho; MOLINA, Maria Del Carmen Bisi. Mudanças no estilo de vida após as ações Realizadas no serviço de orientação ao exercício. **Rev. Bras Ativ Fís Saúde**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 4-16, 2005.

XAVIER, Patrícia. ESPIRITO-SANTO, Giannina. **O trabalho do profissional de educação física no Nasf: um estudo de caso**. In: In: Congresso Internacional de Ciências do Esporte – CONICE, 4. Porto Alegre, 2011.