



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E ESPORTES – IEFES
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Andréia Fontenele Sampaio

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: PRÁTICAS DE UMA FORMAÇÃO
ACADÊMICA**

Fortaleza

2016

Andréia Fontenele Sampaio

Educação Física e Saúde Coletiva: Práticas de uma formação acadêmica

Monografia apresentada à Coordenação do curso de Graduação em Educação Física, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Graduada (Licenciatura).

Orientador: **Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz**

Fortaleza

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências e Tecnologia

S181e Sampaio, Andréia Fontenele.
Educação física e saúde coletiva: praticas de uma formação acadêmica. /Andréia Fontenele Sampaio. – 2016.
69 f. ; il.

Monografia (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto de Educação Física e Esportes, Curso de Educação Física, Fortaleza, 2016.
Orientação: Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz

1. Exercícios físicos - Aspectos da saúde. 2. Atividade física. 3. Saúde coletiva I. Título.

CDD 796.44

ANDRÉIA FONTENELE SAMPAIO

**EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE COLETIVA: PRÁTICAS DE UMA FORMAÇÃO
ACADÊMICA**

Monografia apresentada à Coordenação do curso de Graduação em Educação Física, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Graduada (Licenciatura).

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz

Prof. Dr. Leo Barbosa Nepomuceno

Prof^a. Ms. Maria Luci Esteves Santiago

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me guiar ao longo dessa jornada, na qual me fortaleceu nos momentos de dificuldades e me forneceu o ânimo necessário para seguir em frente com confiança.

Aos meus familiares e amigos próximos por me apoiarem e compartilharem comigo os momentos de angústia e felicidade ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos de curso que ao longo destes anos se tornaram minha segunda família e proporcionaram momentos mais alegres e produtivos ao longo dos meus dias.

Aos docentes da Universidade e profissionais de outras instituições que contribuíram de forma direta ou indireta na minha trajetória acadêmica, possibilitando meu engrandecimento profissional e pessoal ao longo da graduação.

À banca examinadora composta pelos Professores: Maria Luci Esteves Santiago e Léo Barbosa Nepomuceno que me forneceram um norte acerca de quais rumos tomar no decurso da criação deste trabalho.

E ao meu orientador, Prof. Alex Soares Marreiros Ferraz por ter me instruído nesta etapa tão importante de minha formação, na qual soube me dar a liberdade e direção precisas no decorrer da construção desta produção acadêmica.

“Se não tivermos tempo para cuidar de nossa saúde, teremos de arranjar tempo para cuidar de nossas doenças.”

(Jorge Steinhilber)

RESUMO

A presente pesquisa aborda a formação em Educação Física voltada para a Saúde e a atuação deste profissional em programas de Saúde Pública/Coletiva, tem como objetivo geral analisar como está se dando o processo formativo em Educação Física durante a graduação, levando em consideração particularmente o enfoque dado à área da Saúde e como os graduandos se situam dentro deste cenário, tem como intuito identificar as possíveis lacunas existentes no sistema formativo e eventuais meios de se solucionar esta problemática. Os dados foram obtidos por meio de questionários semiabertos aplicados em quinze alunos do último período do curso de Educação Física da Universidade Federal do Ceará de ambas modalidades (licenciatura e bacharelado) e posteriormente analisados nos moldes da metodologia da Análise de Conteúdos, onde se faz presente o processo de categorização, descrição e interpretação dos dados no decorrer da análise. Os resultados adquiridos confirmam o pressuposto da existência de uma lacuna no processo de graduação em Educação Física quando damos um enfoque sobre a área da Saúde, porém, os mesmos também revelam que esta responsabilidade não recai apenas sobre a gestão dos cursos, mas também no interesse dos próprios alunos em buscarem por uma formação mais completa, que agregue conhecimentos a cerca de todas as possíveis áreas de atuação do Profissional de Educação Física e nas orientações advindas por parte dos docentes ao tratarem deste tema.

Palavras Chave: Educação Física; Saúde; Saúde Coletiva; Formação.

ABSTRACT

This research deals with the formation in Physical Education focused on Health and the performance of this professional in programs of Health Public/Collective, has the general objective analyze how is proceeding the formation process in Physical Education during the graduation, taking into consideration particularly the focus given to the Health area and how graduate students is within this scenario, has the intention to identify possible gaps in the educational system and eventual means of solving this problematic. Data were obtained through semi open questionnaires applied in fifteen students the last period of the course of Physical Education of the Federal University of Ceará of both modalities (honors degree and bachelor degree) and later analyzed in the mold of the Content Analysis methodology, where is made present the process of categorization, description and interpretation of the data in the course of analysis. The results obtained confirm the supposed existence of a gap in the graduation process in Physical Education when we give a focus on the area of Health, however, the same also shows that this responsibility not only rests with the management of the courses, but also in the interest of the students in seeking for a more complete formation, that aggregate knowledges about all the possible areas of action of the Professional of Physical Education and on the guidelines that come from teachers to addressing this theme.

Key-words: Physical Education; Health; Public Health; Formation.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Fundamentação teórica.....	12
2.1. Saúde	12
2.2. Redes de atenção à saúde.....	14
2.3. Sistema Único de Saúde	15
2.4. Estratégia Saúde da Família.....	18
2.5. Educação Física e saúde.....	21
2.6. Atividade física e o SUS	25
2.7. Educação na saúde	29
3. Metodologia	32
4. Análise e discussão de dados	35
4.1. Conceituando Saúde e Saúde Pública/Coletiva.....	35
4.2. Relações entre Educação Física e Saúde.....	40
4.3. A graduação em Educação Física voltada para a Saúde	43
4.4. A capacitação para atuar na Saúde Pública/Coletiva.....	48
5. Considerações finais.....	53
6. Referências	55
Apêndice A: Quadro elucidativo do processo de categorização	58
Apêndice B: Termo de consentimento livre e esclarecido	59
Apêndice C: Questionário (teste piloto).....	61
Apêndice D: Questionário (versão final)	64
Anexo 1: Questionário de Prontidão para Atividade Física – PAR-Q.....	68

1. INTRODUÇÃO

A Educação Física é reconhecida como uma das profissões integrantes do sistema de saúde do Brasil desde 1997 por meio da Resolução nº 218/CNS/1997 (HADDAD et al, 2006), e desde então os profissionais de Educação Física podem atuar dentro do cenário do que chamamos de Saúde Coletiva. Ao colocarmos questões como sedentarismo, obesidade, doenças crônicas, etc., como algo nocivo à nossa saúde automaticamente vemos na Educação Física um meio de combate a esse agravante, seja pela prática formal ou informal de atividades físicas, exercícios físicos e práticas corporais.

Dentro da Saúde Coletiva são desenvolvidos diversos programas que visam à união da prevenção de agravos e da promoção de saúde aliados a atuação do profissional de Educação Física como um facilitador desse processo, principalmente no que tange às chamadas doenças crônico-degenerativas. Um deles é o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, que tem por objetivo a ação conjunta de vários profissionais da área da saúde atuando junto às equipes da Estratégia Saúde da Família com a finalidade de prestarem um serviço de saúde mais próximo/adequado à realidade da população, atuando dentro do seu contexto social (BRASIL, 2010).

Ao se inserir em uma dessas equipes espera-se que o profissional de Educação Física esteja capacitado tanto para o modelo de trabalho com que vai se deparar (trabalho em equipes) como para a concepção de cuidado em saúde difundida neste ambiente (cuidado integral em saúde) e à seus encargos exigidos junto às equipes (atribuições de trabalho dentro e junto à equipe).

Porém, ao contrário do que se deveria esperar, ainda são poucos os educadores físicos que se inserem nesse contexto da saúde quando comparados aos que se engajam em outras áreas de atuação. Algumas possíveis razões que levantamos sobre esse fato seriam: o eventual desconhecimento deste provável campo de atuação, o não reconhecimento dessa área, ou por não se julgarem aptos para intervirem dentro desse ambiente, entre tantos outros motivos. Podemos associar essa carência de familiarização com a área da Saúde advinda da formação que o profissional recebe durante o seu curso de graduação, seja ele na modalidade de licenciado ou bacharel, podendo ainda o bacharel ser mais engajado nesta área do que o licenciado devido à direção à qual a sua formação leva.

Na grande maioria das vezes, o profissional de Educação Física só tem um contato mais direto com disciplinas voltadas para a área da saúde e a área da Saúde Coletiva

propriamente dita em cursos de pós-graduação ou formação continuada. Mas será que essa logística do conhecimento não está alocada no grau de formação errado? Será que não deveríamos ter contato com esse campo de atuação já na nossa base de formação, que é a graduação? Ou pelo menos sermos expostos a conhecimentos mínimos para intervirmos nessa área ainda na formação inicial? Podemos dizer então que os cursos de graduação em Educação Física ainda são deficitários na formação de “profissionais da saúde”?

As principais questões que emergem a partir das leituras de literaturas da área e de dados históricos nacionais e da observação advinda da minha formação, que os cursos de graduação em Educação Física ainda não dão o enfoque necessário para a real capacitação de seus graduandos para estes estarem atuando de forma eficaz e eficiente dentro dos programas de Saúde Coletiva; e ainda imagino que a ênfase dada à essa área do conhecimento seja menor ainda nos cursos da modalidade de licenciatura.

Tendo como base estes questionamentos, o objetivo geral deste trabalho é analisar como está se dando o processo formativo em Educação Física durante a graduação, levando em consideração particularmente o enfoque dado à área da Saúde Coletiva. Procurando ainda conhecer a concepção dos alunos acerca dos temas da Saúde e Saúde Coletiva; reconhecer como os assuntos/conteúdos pertinentes ao tema da Saúde/Saúde Coletiva estão sendo desenvolvidos/abordados; observar quais disciplinas estão sendo identificadas pelos graduandos como voltadas para sua formação em Saúde; identificar que atividades complementares oferecidas na sua formação são identificadas como voltadas para a área da Saúde; investigar como está a percepção dos alunos quanto ao que está sendo ofertado à eles no decorrer de sua graduação e sobre se os mesmos se percebem aptos a atuar em programas voltados para a Saúde Coletiva, como por exemplo a Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 SAÚDE

Muitas mudanças ocorreram no setor organizacional chamado saúde, essas mudanças vieram não somente no modo de execução do sistema de saúde em si, mas também no modo de enxergar a saúde, seus fatores e modos de se organizar. A medicina, que antes era vista como de cunho puramente curativista e de tratamento de doenças, onde sua figura principal era o médico, seu pensamento da doença era puramente biológico e que não levava em conta o contexto social dos seus usuários, passou a ser encarada como reducionista. A partir disso a saúde passou a ser encarada como um resultante de vários fatores e organizações sociais: habitação, renda, alimentação, trabalho, meio ambiente, lazer, etc (PALMA, 2000).

Conceituar saúde e doença é uma questão que vem sendo explorada há muito tempo, a teoria miasmática dizia que a doença seria um desequilíbrio dos fluidos extracorpóreos, o que acarretavam em sensações desagradáveis como cansaço, dor, inchaço, etc. Já segundo a visão teocêntrica, as doenças eram vistas como punições das divindades. Durante o século XIX com o incremento das ciências biológicas estes conceitos passam a ter uma dimensão mais realista, cabendo agora aos aspectos microbiológicos às causas das doenças, porém a grande lacuna destas teorias se dava ao fato de sempre procurarem uma causa isolada das doenças, deixando de lado as outras dimensões envolvidas neste processo (GONÇALVES et al, 1997).

No século XX surge o movimento ecologista, que dizia que a doença ocorre graças a um desequilíbrio homeostático ocasionado pelas relações dinâmicas entre o agente, o hospedeiro e o meio no qual estão inseridos. Ainda que de modo superficial, fica subentendido que o agente não é o único responsável pela ocorrência determinado agravo, depende também das relações deste com o hospedeiro, que são determinadas pelas condições sociais. Esse modelo epidemiológico não se restringe somente aos agravos de natureza infecciosa, mas também aos ocasionados por outras agressões (GONÇALVES et al, 1997). De qualquer forma podemos perceber que mesmo com a evolução das abordagens, o conceito de saúde está sempre vinculado ao seu antagonismo com a doença.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua saúde como sendo o completo bem estar físico, psíquico e social (LEWIS, 1986, p.1100 apud PALMA, 2000, p. 97), se considerarmos esses termos ninguém poderia ser considerado como saudável, pois mesmo que não apresente algum agravo físico dificilmente o estado psíquico do indivíduo está em

completo bem estar, assim como não podemos descartar a realidade social desfavorável em que muitos indivíduos estão inseridos. Surge a partir desse contexto a conceituação de saúde que reconhece essas adversidades como presentes na vida das populações e que consiste na luta para tentar superá-las, mesmo que nem sempre se possa vencê-las por completo, mas que procura sempre estar à frente delas (GONÇALVES et al, 1997).

O conceito ampliado de saúde que foi idealizado no decorrer do movimento da reforma sanitária trouxe consigo uma transformação no modo de ver a saúde, seus agentes e o modo de trabalhar sobre ela. Partindo desse entendimento procura-se compreender o processo saúde-doença da população sob uma óptica, sobretudo, social, encontrando as áreas problemáticas que podem ser as causadoras das doenças e propondo meios de resolução desses problemas para uma melhora da saúde daquela população/comunidade, isso é o que denominamos de Saúde Coletiva, onde para entendermos o estado de saúde-doença de alguém temos de considerar o indivíduo e todo o contexto social e coletivo onde ele está inserido, visto que estes influenciam direta ou indiretamente este processo (NUNES, 1994; PALMA, 2000).

Com base nesse novo conceito de saúde o papel central não é mais do médico hegemônico, mas sim do usuário. Para intervir na saúde deixou-se o foco das práticas de tratamento e reabilitação de doenças/agravos, dando mais ênfase às atividades de prevenção de doenças/agravos e promoção de saúde, educando e conscientizando a população sobre a intersectorialização do processo saúde-doença, e da importância de buscar soluções que atinjam não só o centro do problema, mas todo o seu entorno também.

Segundo a proposta de Laurell (1981) a saúde-doença seria fundamentada como um processo social. Uma vez que a medicina seria limitada no que tange à explicação dos padrões coletivos de doenças, vendo este binômio como um processo social este seria influenciado pelas condições políticas, econômicas e ideológicas da sociedade. Laurell (1981) toma o estudo das classes sociais como base para analisar as diferenças de morbidade e mortalidade de um dado período histórico e o impacto desigual que recai sobre essas diferentes classes para entender o processo saúde-doença no nível do coletivo (GONÇALVES et al, 1997).

Quando partimos da investigação do geral para chegar ao individual, ou seja, do grupo de maior risco para o risco individual de adoecer, podemos identificar as causas de determinado agravo social, uma vez que hábitos são facilmente associados à ocorrência de determinadas doenças, fazendo com que seu conhecimento seja dirigido para toda a população e não somente para o indivíduo adoecido.

Estudos acerca das causas/origem das doenças colaboraram para a criação do modelo preventista de agravos, que se baseia principalmente em três instâncias: a prevenção primária, secundária e terciária, que são executadas antes, durante ou depois da manifestação clínica do agravo respectivamente. As medidas de prevenção primárias são aquelas realizadas antes da exteriorização do agravo, podendo ser chamadas de promoção da saúde (social global) e de proteção específica (sanitária específica), dentre elas podemos encontrar ações voltadas para um equilíbrio social, nutrição adequada, distribuição igualitária de renda, saneamento básico, etc. Nas medidas de prevenção secundária a ação ocorre durante o período patogênico, fazendo uso de um diagnóstico precoce e tratamento adequado. Quando falamos de medidas de prevenção terciária nos referimos à reabilitação física, psíquica e social do indivíduo (GONÇALVES et al, 1997).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os sistemas de saúde nacionais tendem até a primeira metade do século XX a estarem voltados para o combate às doenças infecciosas, grandes causadoras da maioria dos quadros de doenças no cenário mundial. A partir da segunda metade desse mesmo século podemos notar uma mudança no foco das ações, passando a se dar mais atenção para as condições agudas e epidemiologização das doenças crônicas (MENDES, 2010).

Os sistemas nacionais de saúde têm então que se adequar à nova situação de doenças que passa a se instalar, pois seguindo a linha de organização que estava vigente eles não seriam capazes de acompanhar o declínio dos problemas agudos e nem a ascensão das doenças crônicas.

Ao analisarmos a situação epidemiológica brasileira iremos achar singularidades que não estão presentes no contexto epidemiológico dos países desenvolvidos, as situações de doenças aqui presentes seguem três linhas principais: as doenças por infecção, por desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, tendo nas doenças crônicas e nos seus fatores de risco (tabagismo, estresse, alimentação inadequada, inatividade física, sobrepeso, obesidade e causas externas) os principais desafios da saúde na atualidade. Soma-se a esse contexto a fragilidade na organização do sistema de saúde pela sua fragmentação e desarticulação (MENDES, 2010).

Os sistemas fragmentados são caracterizados por se tratarem de pontos de atenção à saúde que atuam de modo isolado e incomunicados uns com os outros, deixando muitas vezes de prestarem um serviço contínuo à população. Os diferentes níveis de atenção não conseguem estabelecer uma comunicação entre eles nem fornecer um serviço integralizado. Sendo assim, a comunicação, o cuidado e coordenação que deveriam estar presentes na atenção primária deixam de ser exercidos (MENDES, 2010).

Com o intuito de superar esse modelo fragmentado de atenção, o sistema de saúde vem paulatinamente se estruturando em redes de atenção à saúde, onde essas redes seriam organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde. Todas essas redes seriam vinculadas entre si através de uma missão única, com objetivos em comum e por meio de ações cooperativas e interdependentes, ofertando assim, uma atenção à saúde continuada, integrada e de forma humanizada que seja coordenada pela atenção primária.

Nessas redes todos os pontos de atenção recebem a mesma importância e se relacionam horizontalmente, a atenção dada entre os diferentes níveis é contínua e por meio de uma atenção integral estabelecendo intervenções de promoção, prevenção, curativas, cuidado, reabilitação e paliativas de saúde (MENDES, 2010).

Já encontra-se na literatura internacional evidências de que em vários países a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e a redução dos custos dos sistemas de atenção à saúde são melhoradas por meio das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os processos metodológicos utilizados para o entendimento do processo saúde-doença no Brasil não podem ser os mesmos utilizados para entendermos este processo nos países ricos, devido a nossa realidade econômica diferente e aos padrões epidemiológicos encontrados aqui que se diferenciam do padrão destes outros países (GONÇALVES et al, 1997).

Para atender ao contexto do Brasil se fez necessário um sistema de saúde que contemplasse e tentasse atender as demandas específicas do nosso país, e foi frente a esse desafio que foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde.

Nosso país já passou por uma série de transformações no que diz respeito ao sistema de saúde. Em um momento onde muitos países se viam no meio de uma crise econômica, fez-se necessário uma modificação no setor da saúde, uma vez que seus gastos sempre sofriam elevação e o acesso à seus serviços não eram garantidos a toda a população. Foi nesse contexto que surgiram os movimentos da reforma sanitária e que acarretaram na mudança do sistema de saúde.

Durante a década de 60, só quem tinha direito ao sistema de saúde gratuito era quem trabalhava e gerava renda para o país – vinculados ao sistema previdenciário-, as pessoas que não estavam inclusa nessa classe deviam recorrer ao sistema de saúde privado, o que ocasionava um clima de exclusão de boa parte da população brasileira, com foco num serviço privado e de ênfase no serviço de recuperação da saúde (NUNES, 1994). O movimento da reforma sanitária veio então como um movimento de mudança do sistema de saúde do nosso país, trazendo uma perspectiva de “medicina social”. Teve início na década de 70 num contexto contra a ditadura militar, desenvolveu-se nas Universidades, nos grupos de médicos, nos movimentos sindicais e populares, culminando na sua institucionalização durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que reuniu mais de quatro mil pessoas dentre as quais grande parcela eram usuários do sistema.

Essa conferencia resultou na primeira emenda popular que trazia ideias de transformação na área da saúde como forma de melhoria da qualidade de vida da população, ideais esses que já haviam sido discutidos no plano internacional durante a Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, que foi realizada pela UNICEF e OMS, (GIL, 2006) e foram essas ideias que concretizaram o direito ao acesso aos serviços de saúde para todos e não somente para uma parcela da população brasileira, sendo isso oficializado na Constituição Federal de 1988 que culminou na criação do Sistema Único de Saúde sob a Lei Federal 8080/90. Passando então a saúde à ser um direito de todos e um dever do Estado, e a partir disso vem-se estruturando o campo da Saúde Coletiva (NUNES, 1994; BRASIL, 2015).

O sistema de saúde atualmente vigente no Brasil é o Sistema Único de Saúde – SUS; Se trata de um sistema público onde qualquer brasileiro, independente de ser contribuinte ou não, pode usufruir de seus serviços. O SUS tem como princípios a universalidade (todos tem direito a seus serviços sem qualquer discriminação), integralidade (compreensão do ser humano de forma integral, levando em conta seu contexto social para poder atender suas necessidades) e equidade (atender as pessoas de acordo com suas necessidades individuais, proporcionando atendimento desigual para necessidades desiguais) (BRASIL, 2015).

De acordo com as Leis 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90 sua gestão é descentralizada, ou seja, a responsabilidade pelo pleno funcionamento do sistema é dos três níveis de governo – União, Estado e Município - onde cada um tem autonomia para a tomada de decisões e atividades desde que respeite os princípios gerais do SUS e a participação popular. Esta se justifica no sentido que a população deve procurar contribuir/influir nas políticas que estão em vigor, seja apontando onde estão as falhas ou mostrando possíveis alternativas para a resolução dos problemas existentes (TEIXEIRA, 2002).

Segundo a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, esses mesmo níveis de governo são responsáveis também pelo financiamento do sistema, onde em nível local quem arca com a maior parte das despesas é o Município, porém a nível federal podemos afirmar que o grande contribuinte é a União. Mesmo com essa articulação de financiamento ainda existem restrições nos serviços e nos recursos que são investidos para atender a demanda e por esse motivo existe a participação do setor privado no seu subfinanciamento, pois parte da rede de atendimento se dá no setor privado de forma a complementar o atendimento, seja com espaços físicos ou prestação de serviços, o que faz com que parte dos recursos públicos acabe sendo repassada ao setor privado (SCOREL et al., 2007; BRASIL, 2015). Isso se dá principalmente porque ainda encontramos sequelas do caráter racionalizador defendido nos anos 70, que recomendava a redução dos gastos e dos financiamentos para a saúde, deixando de lado as necessidades existentes no nosso contexto brasileiro (GIL, 2006).

O sistema de saúde se dá por meio da hierarquização dos níveis de atenção, onde o primeiro (Prevenção de doenças/ Promoção da saúde) seria o nível principal da atenção básica, se caracterizando por atendimentos de grande complexidade, porém que requerem menor uso de tecnologias, ou seja, a porta de entrada do SUS; O segundo (Tratamento de doenças) seria os atendimentos de média complexidade, mais voltado para os atendimentos especializados que já requerem certo nível de intervenção; E o terceiro (Reabilitação/ Recuperação da vida), ou de alta complexidade, é aquele onde já ocorrem intervenções mais invasivas que são utilizadas para a recuperação da vida em casos graves, fazendo uso de tecnologias mais avançadas para tanto (BRASIL, 2015).

Como consequências dessas séries de mudanças foram desenvolvidas políticas de saúde que visavam uma reestruturação do modelo de saúde vigente no nosso país e o modo de tratarmos a saúde no que diz respeito à percepção dos seus fatores influenciadores e meios de prevenção dos agravantes/fatores de risco. Alguns exemplos de medidas tomadas para que essas mudanças pudessem acontecer foram a criação da Estratégia Saúde da Família como

meio de reestruturar o sistema de saúde brasileiro e a Política Nacional de Promoção da Saúde como uma ferramenta para fortalecer os programas que visam promover saúde, ou seja, hábitos mais saudáveis. Já na Carta de Ottawa encontramos a definição de promoção da saúde como uma capacitação da comunidade com o intuito de que ela possa ser o agente principal da administração do seu processo saúde-doença, melhorando assim sua qualidade de vida (WHO, 1986).

A institucionalização da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde foi legitimada por meio da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2016) que previa analisar a situação de saúde vigente no país e diante disso eleger as áreas e ações prioritárias, dispondo de diretrizes e recomendando estratégias para a organização das ações de promoção da saúde nas três esferas de gestão do SUS.

Dentre as áreas eleitas como prioridade para a implementação da PNPS se encontra a área da Educação Física, que prima por induzir as atividades físicas/ práticas corporais; A eleição dessa área se dá devido a importância que vem ganhando a ideia de que um viver mais ativo é um dos fatores de proteção da saúde contra diversos agravos, valendo-se da promoção da saúde como o meio de se chegar ao gerenciamento do processo saúde-doença (MALTA et al., 2009).

2.4 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

O que hoje conhecemos por Estratégia Saúde da Família surgiu em 1994, com o nome Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado com a ideia de estender os serviços de saúde para as áreas de maior risco, porém foi ganhando destaque dentro das políticas governamentais, e em 1999 passou a ser encarado como uma estratégia para mudar e estruturar o modelo da atenção à saúde existente no nosso país e hoje é encarada como a principal estratégia da atenção básica e da reforma sanitária brasileira.

As Unidades de Saúde da Família (USF) devem ser encaradas como a porta de entrada do sistema de saúde, ou seja, elas ocupam-se principalmente do primeiro nível de atenção, mas também devem servir de elo para os outros níveis (SCOREL et al., 2007); seu foco de atividade e cuidado é a família e o contexto social em que ela está inserida, traz como ferramenta o processo de “educação em saúde”, onde os profissionais de saúde empenham-se em conscientizar a população sobre como cuidar de si e de sua família para que tenha mais

condições de saúde, muitas vezes modificando até certos hábitos do cotidiano, mostrando para ela os seus direitos, mas também as suas responsabilidades quanto à sua saúde e os meios que a influenciam. Estes ideais tendem a se concretizar por meio das ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, que procura aproximar os serviços de saúde do contexto social onde os indivíduos estão inseridos.

As propostas da Estratégia Saúde da Família apesar de inovadoras e de melhorarem a qualidade de vida da população, ainda enfrentam muitas barreiras no que diz respeito à questão da intersetorialidade, integralidade e interdisciplinaridade das suas equipes (MACHADO et al., 2007).

Quando falamos de intersetorialidade nos referimos às relações que existem entre os diversos setores organizacionais da sociedade: educação, saúde, transporte, urbanização, economia, etc. Para atendermos as necessidades das populações e promovermos os subsídios necessários para que se tenha uma qualidade de vida aceitável, é necessário que todos os setores estejam funcionando minimamente bem e em harmonia, pois como já foi dito, o que chamamos de saúde é o resultado de diversas áreas da sociedade que interagem entre si e influenciam no modo de viver dos indivíduos.

Para podermos identificar as áreas que apresentam deficiências é necessário que as equipes da USF estejam cientes dos problemas de saúde da comunidade à que atende, e para isso é necessário que esta equipe esteja de fato atuando junto à população local, não só prestando os serviços de saúde básicos, mas também fazendo visitas domiciliares, reuniões com a comunidade, tendo atenção ao contexto social em que ela está inserida e procurando achar soluções cabíveis para os problemas encontrados, seja promovendo ações educativas pontuais ou intersetoriais.

Um dos facilitadores dessa atividade é o agente comunitário de saúde, ele faz parte da equipe de saúde da família e é o elo que liga a equipe à comunidade. Por se tratar de um morador da área em que a equipe contempla, ao mesmo tempo é prestador e usuário do serviço, e muitas vezes por já conhecer os problemas da sua área, acaba por facilitar as ações desenvolvidas dentro da equipe (ESCOREL et al., 2007).

A Estratégia Saúde da Família atua principalmente no primeiro nível de atenção à saúde, porém seus serviços devem ser integrados aos seus outros níveis de atenção. Na 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980) já há indícios de que a rede básica de atendimento deve ser integrada aos serviços de nível secundário e terciário, e na 12ª (2003), é abordada a

recomendação da ampliação da cobertura dos serviços em todos os níveis de atenção, mas principalmente a atenção básica dando prioridade à ESF (GIL, 2006).

É um direito de todos e um princípio do SUS a universalidade de acesso aos seus serviços seja em qualquer um dos níveis de assistência, para isso, esses níveis devem estar integrados e articulados de forma a possibilitarem o seu acesso contínuo. Na 11ª Conferência Nacional de Saúde o princípio da integralidade da assistência é novamente citado como um dos principais objetivos para a efetiva consolidação do SUS, já que atualmente é nessa área que se encontra o principal gargalo da saúde pública (MACHADO et al., 2007).

O modelo preventista usado no SUS acaba por considerar que o estado de saúde não é algo de controle/dever unicamente individual, mas sim responsabilidade do indivíduo, dos setores organizacionais da sociedade e de um coletivo de profissionais, no caso a equipe multidisciplinar de saúde e este é outro problema que encontramos dentro da Estratégia Saúde da Família. Uma vez que estas são compostas de múltiplos profissionais das diversas áreas da saúde, isso acaba por refletir nos outros setores, inclusive no que diz respeito à integralidade assistencial, pois para que esse processo seja efetivado é necessário que o trabalho em equipe perpassa entre os diferentes níveis de atenção, pois as ações da saúde não se isolam em apenas uma área do conhecimento, mas transcorrem nas diversas áreas e níveis, sendo impossível prestar um cuidado integral aos pacientes de forma individual, pensando ser capaz de resolver todas as necessidades apresentadas isolado dos outros profissionais (GONÇALVES et al., 1997; MACHADO et al., 2007).

O trabalho em equipe propõe a substituição das práticas convencionais de assistência e a inclusão de novas ações voltadas para a comunidade e a família (SCOREL et al., 2007). Esta forma de articulação se justifica uma vez que a interdisciplinaridade é facilitadora do aprendizado sobre o conceito ampliado de saúde e sua multidisciplinaridade auxilia a enfrentar as dificuldades internas das práticas sanitárias pensando tanto no âmbito geral como no específico (NUNES, 1994).

As equipes de saúde da família são divididas em duas categorias, as reduzidas e ampliadas (NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família), nas equipes reduzidas encontramos um Médico generalista, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem, Odontólogo e Agente Comunitário de saúde, já nos NASFs temos a participação de outros profissionais como Assistentes Sociais, Terapeuta Ocupacional, Farmacêuticos, Educadores Físicos, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, etc. (LOCH-NECKEL et al., 2009).

As equipes trabalham com base na territorialização, ou seja, cada equipe é responsável por um determinado território de abrangência, onde deve cadastrar e acompanhar a população residente na sua área de cobertura, conhecendo a população, identificando seus problemas de saúde e as condições de riscos a que estão submetidas, a partir disso devem procurar meios para a resolução desses problemas; É recomendado que cada equipe fique responsável por entre 600 e 1000 famílias, totalizando em média 3.000 habitantes, podendo atender no máximo 4.000 pessoas (ESCOREL et al., 2007). Atualmente estimasse que já existam 5.319 municípios brasileiros cobertos pelas Equipes de Saúde da Família, atendendo cerca de 117.464.137 pessoas em todo território nacional (BRASIL, 2015).

2.5 EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE

Para entendermos o processo que rege a situação de saúde ou doença de uma dada sociedade durante um determinado espaço de tempo se faz necessário compreendermos que este processo se dá com base tanto na realidade biológica como na realidade histórico-social do indivíduo. Ou seja, é com base nas condições adequadas ou inadequadas de vida e trabalho que se administram as situações de saúde e doença de uma população. Para que mudanças significativas ocorram no mapa da morbidade e mortalidade de uma dada população se faz necessário que se tenha um padrão de vida digno no plano coletivo, incluindo neste padrão de vida as atividades físicas, pois são elas elementos de educação e saúde de um coletivo (GONÇALVES et al, 1997).

A inclusão da Educação Física dentro da área da saúde é justificável uma vez que a principal causa epidemiológica da morbidade e mortalidade da população mundial está mudando. Já no início do século XX pode-se perceber a transição da razão das causas da maioria das mortes deixando de ser devido às doenças infectocontagiosas e passando a ser boa parte devido às doenças crônico-degenerativas ou doenças coronarianas, doenças essas que podem ser prevenidas, controladas e tratadas por meio da prática de exercícios físicos (FLORINDO; HALLAL, 2011).

Essa transição epidemiológica se deu graças às mudanças na estrutura socioeconômica, pelo aumento da expectativa de vida, pela industrialização e urbanização do país. Muito se tem apontado para as más condições de trabalho e suas relações com os problemas de saúde da população em geral, isso se dá graças ao nível de estresse e

desconforto gerado nesses ambientes, o que tem ligação direta com a etiologia das doenças crônico-degenerativas. Essas mudanças sociais e econômicas dos países ajudaram a reconhecer os diversos determinantes sociais que afetam a saúde populacional, intensificando assim, as ações de vigilância sanitária e de saneamento básico, dando ênfase às campanhas de imunização em massa e melhorando os níveis educacionais e nutricionais da população (GONÇALVES et al, 1997; MALTA et al., 2009; FLORINDO; HALLAL 2011).

Porém não cabe a nós colocar o indivíduo como único culpado pelo seu processo de adoecimento, pois nem todos têm as mesmas condições sociais para poder escolher o seu estilo de vida; sabemos que para a promoção de saúde ser efetivada é necessário que exista uma parceria entre os setores da administração pública, organizações não governamentais, empresas privadas e a população em geral, visando as mudanças necessárias para a garantia dos direitos dos cidadãos e sua autonomia. Partindo dessa concepção conseguimos perceber que certos grupos sociais não exercem seus direitos à saúde, tornando-se assim vulneráveis a uma série de doenças.

O reconhecimento que apenas os riscos individuais não são suficientes para explicar as taxas de morbidade e mortalidade é um grande fator estimulante do conhecimento da Saúde Coletiva e a Política Nacional de Promoção da Saúde é um instrumento de ampla importância na aplicação das ações transversais, integradas e intersetoriais na busca por uma melhor qualidade de vida onde todos sejam atuantes desse processo (MALTA et al., 2009; PALMA, 2000).

Atualmente já encontramos muitas pesquisas que evidenciam a relação entre as condições socioeconômicas e a condição de saúde dos indivíduos, esses estudos demonstram que a prevalência dos casos de doenças são detectados nas classes sociais menos favorecidas, porém a relação entre desigualdade e mortalidade não é linear ou universal, ela depende das características político-sociais específicas do lugar em que os indivíduos estão inseridos (GONÇALVES et al, 1997; PALMA, 2000; MALTA et al., 2009; FLORINDO; HALLAL 2011).

As condições socioeconômicas também influenciam a prática de atividade física; enquanto que a maior parcela da população passa o dia em seus locais de trabalho, tendo assim uma rotina muito cansativa, a atividade física é deixada de lado em favor de um “descanso corpóreo e mental”, apesar disso, o nível de sedentarismo não difere entre as classes sociais, uma vez que os níveis de atividades como caminhar até o trabalho e fazer serviços domésticos, muito encontrados nas classes trabalhadoras, se assemelham aos níveis

de atividade física exercida no tempo de lazer das classes sociais mais favorecidas. Podemos então afirmar que a prática de atividade física de lazer aumenta conforme a ascensão econômica e educacional da população (PALMA, 2000).

Frente a isso o sedentarismo passa a ser encarado como o grande fator de risco para as doenças crônico-degenerativas, já que a imobilidade física está associada a uma série de agravos na saúde. Oposto ao sedentarismo aparece a atividade física, os exercícios físicos e as práticas corporais como meio de prevenção desses agravos, sendo encarado até como um “medicamento” no combate a essas doenças (PALMA, 2000).

Contudo, é importante que as atividades físicas, os exercícios físicos e as práticas corporais sejam acompanhadas/orientadas para que se tenha uma relação custo/benefício favorável à saúde e para isso os profissionais de saúde devem estar bem instrumentalizados para fazerem um uso eficiente dessas ferramentas.

Para uma prática orientada é interessante que se faça uma avaliação pré-participação no indivíduo, o que acaba por diminuir os riscos decorrentes de uma atividade física má prescrita, esta avaliação pode ir desde a aplicação de um questionário até exames médicos e funcionais, principalmente nos indivíduos que apresentam fatores de risco para doenças metabólicas, pulmonares, cardiovasculares e locomotoras, doenças essas que podem ser agravadas pela prática de exercícios físico se estes não forem orientados da forma correta; O Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q) (Anexo 1) é indicado como o padrão mínimo para uma avaliação pré-participação, a partir dele pode-se identificar pessoas que necessitem de uma avaliação médica mais minuciosa (REZENDE et al., 1996). Apesar de o uso deste instrumento ser uma recomendação básica, deve-se ter em mente que a atuação do profissional de Educação física não deve ficar engessada e restrita à estes métodos, cabe à nós a percepção do melhor modo de intervir junto aos indivíduos com o qual estamos lidando.

Tendo por base os benefícios advindos de uma prática de atividade física regular, a relação entre os níveis de atividade física, os índices de aptidão física e a situação de saúde da população está cada vez mais evidente, sendo muitas vezes um influenciado pelo outro (GUEDES; GUEDES, 1995).

Como vimos a saúde não é definida apenas como a ausência de doenças ou enfermidades, mas se trata de uma relação entre múltiplos aspectos do meio social que estejam voltados para um bem estar físico, mental e social, sendo que para isso deve-se ser evitados os fatores de risco. A atividade física entra como um desses múltiplos aspectos do meio social que influenciam diretamente o estado de saúde da população. Mas para

entendermos melhor como se estrutura essa relação é necessário primeiramente conhecer os conceitos de atividade física, exercício físico, práticas corporais e aptidão física.

Quando falamos de atividade física estamos nos referindo a qualquer movimento corporal que seja produzido pelos músculos esqueléticos e que resultem em um gasto energético superior aos dos níveis de repouso. São muitas vezes encaradas como as atividades simples do dia-a-dia, como por exemplo: varrer, subir e descer escada, passear com o animal de estimação, etc. O gasto energético despendido nessas atividades depende da intensidade, da duração, da frequência e da quantidade de massa muscular envolvida nos movimentos, podendo variar de pessoa para pessoa de acordo com o peso corporal e o nível de aptidão física de cada um (GUEDES; GUEDES, 1995).

Ao nos referirmos ao exercício físico devemos ter em mente que apesar de apresentar elementos semelhantes às atividades físicas, o exercício físico pode ser considerado como uma subcategoria da atividade física. Estes são classificados como todas e quaisquer atividades físicas que são planejadas, estruturadas e repetidas onde tenham como objetivo/meta melhorar um ou mais componentes da aptidão física: flexibilidade, resistência, força, etc. Podem ser encarados como as atividades esportivas ou programas voltados para o condicionamento físico (GUEDES; GUEDES, 1995).

O termo práticas corporais vem sendo utilizado com mais frequência nos últimos anos, esse termo apresenta vários significados ou sentidos, geralmente é utilizado vinculado às áreas das ciências humanas e sociais e em subáreas como a Saúde Coletiva para designar as manifestações culturais que trazem como enfoque a dimensão corporal, muitas vezes criticando a atual forma de organização da vida e as consequências dessa forma de organização no corpo. Podem ser consideradas práticas corporais: jogos, esporte, práticas de aventura, ginástica, dança, luta, tai-chi, yoga, etc. Trazem como objetivo tanto a promoção da saúde como a educação para sensibilidade, estética, desenvolvimento do lazer e cuidado com o corpo (LAZZAROTTI FILHO et al, 2010).

E por fim ao mencionarmos aptidão física estamos falando sobre a capacidade de realizar esforços físicos de uma maneira satisfatória, apresentando um bom desenvolvimento motor, garantindo assim a sobrevivência das pessoas no ambiente em que vivem. A aptidão física pode ser dividida em aptidão física relacionada à saúde e ao desempenho atlético. A aptidão física relacionada á saúde deve ser composta de elementos de dimensão morfológica, funcional-motora, fisiológica e comportamental, enquanto que a relacionada ao desempenho

atlético contem elementos relacionados à coordenação, agilidade, equilíbrio, potência, velocidade de deslocamento e de reação (GUEDES; GUEDES, 1995).

2.6 ATIVIDADE FÍSICA E O SUS

A prática sistemática de atividade física é algo que se confunde com a própria história do ser humano, desde os tempos pré-históricos o homem passou por situações em que teve que desenvolver certas capacidades físicas como velocidade, força e resistência para buscar alimentação e abrigo, com o passar dos anos a finalidade do desenvolvimento de certas habilidades mudou de mera sobrevivência para fins de ordem guerreira, terapêutica, esportiva e educacional (OLIVEIRA, 1990 *apud* GONÇALVES et al, 1997).

No final do século XIX ocorreu um aumento do número de praticantes de atividades físicas graças ao retorno das Olimpíadas (1896) e a criação de novas formas de atividades físicas que posteriormente se tornaram esportes, fazendo com que o interesse dos participantes pelo aprimoramento físico e técnico se tornasse intenso. Atualmente o que vemos é um grande apelo midiático pela prática constante de atividades físicas com o intuito de melhora do estado de bem estar, diminuição do risco de doenças, e aumento da longevidade, fazendo das atividades físicas e das práticas esportivas o “fenômeno de maior fascínio do século” (GONÇALVES et al, 1997).

Estima-se que cerca de 30% da população brasileira seja sedentária, enquanto que apenas 15% seja fisicamente ativa durante o tempo de lazer. Nos últimos anos a ação das atividades físicas na saúde das pessoas vem sendo estudada com a intenção de verificar sua influencia sobre os padrões de morbidade e mortalidade e conseqüentemente visando criar programas que busquem melhorar a qualidade de vida e a sensação de bem estar dos indivíduos (GONÇALVES, et al., 1997).

Atualmente a saúde e qualidade de vida estão cada vez mais associadas a uma prática regular de atividades físicas, fazendo assim do sedentarismo uma condição indesejada que representa riscos para a saúde. Hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade, doença aterosclerótica coronariana, osteoporose, ansiedade, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, osteoartrose, depressão e câncer de cólon, mama, próstata e pulmão entre outros, são exemplos de algumas doenças crônico degenerativas que podem ser combatidas pela prática regular de exercícios físicos (REZENDE et al., 1996); além da prevenção e tratamento dessas doenças, a atividade física proporciona uma otimização da capacidade

cardiorrespiratória, o desenvolvimento da coordenação motora, do equilíbrio, da resistência muscular, da força, da flexibilidade, das habilidades motoras, da capacidade de trabalho e a melhora do sistema imunológico, da sensação de bem estar e da autoconfiança, propicia uma interação social, aproximando seus praticantes de outros indivíduos que também estão inclusos na prática e do meio em que estas pessoas estão inseridas e promove a conscientização da responsabilidade individual e coletiva sobre o estado de saúde. (AZEVEDO et al., 2013).

Os benefícios da atividade física já podem ser obtidos com atividades que estão presentes no cotidiano das pessoas, por exemplo: andar, subir e descer escadas, dançar, tarefas domésticas, etc. O que nos leva a concluir que não somente os programas formais de exercícios físicos trazem benefícios, mas também as atividades informais são importantes.

Dentre as consequências de uma população ativa podemos citar a redução dos gastos com tratamentos e internações hospitalares uma vez que as pessoas inclusas nas práticas de atividades físicas melhoram suas esferas físicas, mentais e sociais, o que acaba por ser um benefício social, sendo assim, os governos devem encarar a atividade física como fundamental para a Saúde Pública, e partindo dessa concepção divulgar informações sobre a sua relevância e implantar programas que proporcionem uma prática orientada, reduzindo os níveis de sedentarismo e massificando a prática de exercícios físicos (REZENDE et al., 1996).

O grande desafio aos gestores do SUS é validar a sustentabilidade das ações voltadas para a promoção da saúde por meio da indução das práticas corporais e do debate e articulação dos diversos setores governamentais para a melhoria das condições de estruturas e espaços urbanos que favoreçam a prática de atividade física. Se faz necessário então garantir espaços adequados, prazerosos, seguros, que tenha arborização e um serviço de transporte público que favoreça a execução desses exercícios, seja em pistas de caminhadas, espaços para esportes e lazer, praças públicas, ciclovias, etc. (MALTA et al., 2009).

Nos últimos anos, as ponderações a respeito da intersetorialidade, promoção da saúde e modos de viver saudáveis estão mais presentes nas ações do Ministério da Saúde quando relacionadas à suas políticas de incentivo à atividade física pelo SUS. Em 2005, a articulação entre a promoção de atividade física e a alimentação saudável foi foco da Secretaria de Vigilância em Saúde, sendo criado pelo Ministério um Grupo de Trabalho Intraministerial que organizou ações para a Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física.

O “Brasil Saudável” se tratou de um evento realizado em 2005 em Brasília e outras capitais brasileiras no qual se divulgava a importância e benefícios de uma alimentação

saudável, da prática de atividades físicas e a prevenção ao tabagismo. Dando continuidade ao “Brasil Saudável”, em 2006 foi criado o projeto “Pratique Saúde” que difundia por meio da mídia televisiva, emissoras de rádio, revistas e jornais mensagens de estímulo à prática de atividades físicas, à alimentação saudável, à prevenção do tabagismo e diabetes. No mesmo ano foi realizado o “Seminário Intersetorial de Prática de Atividade Física” onde participaram representantes dos Ministérios da Saúde, Meio Ambiente e Cidades, além da OPAS-OMS e CONASEMS entre outras organizações (MALTA et al., 2009).

No ano de 2007 foi organizado e realizado por ONGS e Ministério das Cidades com apoio do Ministério da Saúde o evento “Na Cidade sem Meu Carro”, que levou depois à criação de um dia nacional de reflexão sobre os acidentes de trânsito, a poluição e o sedentarismo sucedido do uso indiscriminado dos automóveis; ainda em 2007 foi elaborado o Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física, que pretendia estimular a articulação entre os diversos setores governamentais, ONGs, setor privado e entidades científicas com o objetivo de difundir o tema da atividade física por meio de projetos em escolas, ambientes de trabalho e áreas públicas de lazer visando o acesso de informações sobre modos de viver mais saudáveis no cotidiano da população. Dentro do âmbito escolar foi criado pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação o programa “Saúde na Escola”. Outros programas envolvendo a prática de atividade física e saúde são os programas “Academia da Cidade do Recife” “CuritibaAtiva”, “Academia da Cidade de Belo Horizonte” e de Aracaju-SE (MALTA et al., 2009).

Mesmo com a implantação de todos esses eventos, programas e projetos, a efetiva inserção do Educador Físico nas atividades voltadas para a promoção de saúde se deu com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados pela Secretaria de Atenção à Saúde, e segundo a Portaria GM/MS nº 154, de 25 de janeiro de 2008 os NASF devem/podem reunir os profissionais das diversas áreas da saúde, incluindo os profissionais de Educação Física, que deverão atuar juntos das equipes da Estratégia Saúde da Família (MALTA et al., 2009).

A inclusão de outros profissionais da saúde nas equipes é justificada devido às necessidades existentes para um atendimento integral da população, sendo esta admissão até indicada pelos profissionais já existentes, que explicam para a comunidade a importância da inclusão das demais áreas para a ampliação dos serviços prestados (LOCH-NECKEL et al., 2009).

Em 1997, por meio da Resolução 218/97 é reconhecida a inclusão do profissional de Educação Física como profissional da Saúde de nível superior, e na Resolução 287/98 acrescenta-se que o educador físico está incluso em uma das categorias de profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho Nacional de Saúde. A lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998 coloca que o educador físico é um profissional tanto da área da educação como da saúde, assentando sobre a regulamentação da profissão de Educação Física e criando os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física (CONFEF/CREF) (BRASIL, 1998).

Os profissionais de Educação Física podem atuar nos três níveis de atenção à saúde, isto depende das necessidades do indivíduo e da competência do profissional; dentre as atribuições cabíveis ao trabalho do educador físico incluso na atenção básica estão: avaliar o estado morfológico e funcional dos usuários, diagnosticar e classificar fatores de risco à saúde, orientar, prescrever e acompanhar exercícios físicos tanto para pessoas saudáveis como para pessoas doentes, objetivando tanto a promoção de saúde e prevenção de doenças/agravos como o tratamento das pessoas que já possuem uma doença ou agravo, intervindo no tratamento não farmacológico e nos fatores de risco, estimular a prática de atividade física na comunidade que atende por meio da divulgação de informações sobre o tema, fornecer momentos de lazer, socialização e bem estar dentro das comunidades em que presta seus serviços, conscientizar a população acerca das responsabilidades de cada um, de todos como um grupo e das esferas governamentais sobre a prática de atividades físicas com o intuito de prevenção ou recuperação de agravos, melhorando assim o contexto do estado de saúde em que esta comunidade está inclusa. (AZEVEDO et al., 2013).

Ao quebrarmos o paradigma de profissionais ligados somente com as áreas do esporte, da aptidão física e da recreação e nos mostrarmos como profissionais capazes e habilitados para intervir na promoção da saúde e na prevenção de doenças/agravos a Educação Física passou a ter um novo papel, o de alcançar metas e objetivos voltados para a saúde por meio de seleção, organização e desenvolvimento de conteúdos e experiências que propiciem a incorporação de estilos de vida mais ativos e saudáveis (HADDAD et al, 2006).

Ou seja, cabe ao profissional de Educação Física desenvolver ações que propiciem uma melhor qualidade de vida, a redução dos casos de agravos e casos de doenças não transmissíveis, no caso com ênfase nas crônico-degenerativas, e a partir disso reduzir o consumo de medicamentos por meio das práticas corporais, além de proporcionar situações onde sejam oportunizadas vivências/momentos que levem em consideração não apenas os

aspectos físicos, mas também as dimensões psicológicas e sociais dos indivíduos inseridos na sua intervenção, procurando assim atingir o ser em todos os seus aspectos, considerando ele como um ser único e ao mesmo tempo como parte de um todo.

2.7 EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Frente à essa gama de atribuições e à realização delas dentro de uma equipe multiprofissional, se faz necessário que existam estratégias de aprendizagem onde ocorra o diálogo, a troca de saberes, a transdisciplinaridade visando a união dos conhecimentos formais e não formais que possam contribuir para as ações de promoção da saúde tanto à nível individual como coletivo (MACHADO et al., 2007).

É necessário que exista uma adesão e qualificação dos profissionais inseridos nestes programas que visem dar melhores subsídios para uma intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença; a adesão dos profissionais só é favorecida frente à geração de vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos, conseguindo assim, a formação de laços mais estáveis com a comunidade. A qualificação dos profissionais se faz por meio de treinamentos de capacitação permanente que unam os conhecimentos e articulem os aspectos técnico-científicos gerais com a especificidade dos locais de atendimento e das estratégias de humanização no atendimento (ESCOREL et al., 2007).

Os investimentos financeiros da Secretaria de Vigilância em Saúde vêm sendo ampliados quando falamos a respeito de projetos de práticas corporais, isso é possível por meio da descentralização dos recursos de Fundo Nacional de Saúde para o financiamento desses projetos de atividade física dentro dos Estados e Municípios, porém, esses recursos e os projetos só são efetivados frente à qualificação dos profissionais envolvidos. No ano de 2006 foi realizado o I Seminário Nacional sobre Atividade Física, onde se reuniram representantes de diversos Municípios, e no ano de 2007 foi feito um curso destinado aos gestores e coordenadores de projetos financiados, onde o curso trazia atualizações em avaliações de programas de atividade física (MALTA et al., 2009).

No Brasil, os cursos de capacitação em Saúde da Família são feitos na forma de especialização ou residência e são construídos em cima de um caráter multiprofissional, ou seja, incluindo profissionais de diversas áreas da saúde que acabam por facilitar o desenvolvimento da experiência de uma prática interdisciplinar, o que diversas vezes deixa a desejar durante os cursos de graduação, devido a não ser dado a ênfase necessária à essas

práticas nas suas grades curriculares. Esses cursos de capacitação são incentivados pelo Ministério da Saúde por permitirem novas conquistas na qualificação da assistência à saúde no nosso país (LOCH-NECKEL et al., 2009). De acordo com a Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu-se a Residência Multiprofissional da Saúde, que é uma cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação que tem como propósito favorecer a admissão qualificada dos profissionais da saúde no SUS, principalmente nas áreas prioritárias. Dentre os diversos profissionais que podem ser incluídos nas equipes está o profissional de Educação Física.

A Saúde Coletiva nos cursos de graduação e pós-graduação vem constituindo-se de disciplina dos currículos, sendo tomada como área de conhecimentos interdisciplinares. Nos primeiros anos de sua abordagem como disciplina, seus conhecimentos eram dificultados devido ao acesso limitado a textos que tratassem do assunto, sendo muitas vezes disponíveis apenas em línguas estrangeiras, com o passar do tempo esta lacuna foi gradativamente sendo preenchida à medida que foram sendo produzidas teses de mestrado, trabalhos de alunos de especialização e doutorado que trabalhavam em cima deste objeto (GONÇALVES et al, 1997). Hoje já podemos encontrar no Ceará diversos cursos de pós graduação em Saúde Pública ou Saúde Coletiva sendo ofertadas por instituições particulares ou públicas, a UFC por exemplo oferece os cursos de Mestrado em Saúde Pública e Doutorado em Saúde Coletiva (BRASIL, 2016).

O SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior foi criado em 2004 regido pela Lei nº 10.861 com o intuito de avaliar a qualidade dos cursos de graduação de acordo com a conformação entre o que é recebido na formação com as necessidades de desenvolvimento do país. Com a finalidade de melhorar a qualidade nacional dos serviços de saúde tem sido exercida uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde que busca aliar uma formação educacional voltada para a saúde de acordo com a realidade e princípios do SUS, trazendo assim para o mercado de trabalho formandos cada vez mais coerentes com as ações estabelecidas dentro do Sistema de Saúde.

O Parecer nº 1.133/2001 da Câmara de Educação Superior – CES, do Conselho Nacional de Educação – CNE, reforçou mais ainda a necessidade e importância de uma articulação entre os setores da educação superior e da saúde com o intuito de fornecer uma formação geral e específica aos alunos que proporcionasse mais visibilidade às questões da promoção, recuperação e reabilitação da saúde assim como da prevenção de agravos e doenças. As diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde demonstram as necessidades destes cursos agruparem aos seus projetos pedagógicos os assuntos relevantes a

respeito do SUS, procurando oferecer uma formação inovadora de acordo com referências nacionais e internacionais e estimulando a inserção dos formandos cada vez mais cedo dentro do cenário do SUS (HADDAD et al, 2006).

O principal intuito desta integração é fazer com que a formação dos profissionais de saúde seja cada vez mais adequada de acordo com a realidade e necessidade de saúde da população e do SUS, visando assim uma melhora da qualidade dos serviços prestados à população.

Tomando por base a necessidade existente de formação de novos profissionais de Educação Física capacitados para estarem atuando na área da saúde, existe hoje em dia um processo de reformulação dos currículos da maioria das instituições de ensino superior, reformulação essa que busca melhorias na formação acadêmica com o intuito de aproximar o graduando em Educação Física das ações desenvolvidas no SUS. Existe ainda uma necessidade de se ampliar as possibilidades de ação conjunta entre os profissionais de Educação Física e os demais profissionais da área da saúde e de criar dentro do SUS programas de atenção e promoção da saúde e da qualidade de vida (HADDAD et al, 2006).

Estimasse que cerca de apenas 30% dos profissionais das equipes tenham a formação específica para atuarem na atenção primária, seja ela na área de Saúde Pública e Coletiva ou voltada para a Saúde da Família. Aqueles profissionais que escolheram trabalhar dentro da Estratégia Saúde da Família destacam como fator motivacional da escolha o fato de poderem trabalhar junto às comunidades carentes e verem na ESF um meio para reorganizar a atenção no âmbito municipal, revelando assim o reconhecimento da ESF como transformadora do modelo assistencial de saúde (ESCOREL et al, 2007).

Quando falamos de ESF observamos diversos estudos relacionados ao tema, muitos falam sobre os agravos/doenças, qualidade de vida e promoção da saúde, práticas profissionais, acolhimento, vínculo com a comunidade, processo de trabalho, trabalho em equipe, trabalho dos agentes comunitários de saúde, gerencia de equipes, saúde do trabalhador, modelo de atenção no âmbito do SUS, ESF como estratégia de atenção primária, etc. (GIL, 2006). Mas pouco se vê estudos falando sobre como está a formação dos estudantes de Educação Física nos cursos de graduação para atuarem juntamente às equipes da Estratégia Saúde da Família, mesmo sua atuação sendo amparada legalmente e sendo reconhecida como importante agente na transformação da saúde pública.

3. METODOLOGIA

A pesquisa aqui estabelecida seguiu um princípio metodológico de abordagem qualitativa, analisando as percepções dos sujeitos quanto ao assunto abordado, valendo-se de áreas em que se tenham um interesse amplo de conhecimento, sendo estes interesses definidos no decorrer da pesquisa.

A linha de pesquisa foi de natureza descritiva onde foi tratado sobre um fato previamente conhecido, tentando trazer características e componentes do assunto abordado, assumindo assim um caráter de levantamento por meio de interrogações diretas ao grupo de interesse sobre o assunto analisado. A pesquisa realizou-se em campo de forma transversal, onde os dados foram coletados ao longo de três semanas por meio de visita à instituição de ensino superior, foi utilizada a ferramenta do questionário como forma de obtenção dos dados aqui analisados (SANTOS, 2002).

Para responder estas questões foram selecionados como participantes quinze alunos do 8º semestre da graduação em Educação Física da Universidade Federal do Ceará - UFC, uma vez que se tem o interesse em contribuir para uma melhora/aprimoramento do referido curso de graduação desta instituição de ensino.

Como o principal objetivo da pesquisa é saber como está a formação destes alunos, ficou optado pela escolha de alunos que já estivessem terminando a sua graduação (alunos formandos), pois estes já estariam mais familiarizados com a grade curricular do seu curso e já apresentariam uma visão mais crítica da mesma. Sendo assim o critério de seleção dos alunos se deu devido: 1) Serem alunos de graduação do curso de Educação Física da universidade escolhida; 2) Estarem devidamente matriculados em uma das duas modalidades de ensino; 3) Estarem cursando o 8º semestre.

Os sujeitos participantes foram 15 estudantes de ambos os sexos (9 homens e 6 mulheres) e idades variadas (entre 21 e 27 anos). Estes estudantes responderam um questionário constituído por uma série ordenada de perguntas (16 perguntas), respondidas por escrito ou assinaladas e sem a presença do pesquisador de modo direto, o questionário apresentou-se composto por perguntas abertas e fechadas, preenchidos de forma individual em ambiente fechado, os alunos responderam questões sobre a abordagem dada aos assuntos pertinentes à atuação do profissional de Educação Física dentro da área da saúde e na Saúde Coletiva propriamente dita durante a sua formação. As questões respondidas que serviram como teste piloto para essa investigação estão presentes no apêndice B, este foi aplicado com

alunos do curso de Educação Física do 6º semestre, frente algumas constatações advindas desse teste piloto o questionário sofreu alterações na formulação das perguntas; as questões presentes no questionário final que foi aplicado com os alunos selecionados consta no apêndice C com suas respectivas mudanças.

Para a obtenção dos dados o pesquisador durante o período destinado à coleta de dados (novembro-dezembro) visitou a Universidade com o intuito de que os alunos pudessem responder ao questionário. Todos os questionários respondidos foram arquivados de acordo com a modalidade do curso e guardados para posterior análise.

Todos os sujeitos envolvidos na pesquisa receberam explicações sobre a origem do trabalho e o que estava sendo avaliado, após isso assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A) onde concederam ao pesquisador o direito de usar as respostas dadas por eles na avaliação final e garantiu a eles a proteção e sigilo da sua identidade e dados pessoais, sendo seus nomes substituídos por numeração (ex: voluntário 1) quando se fez necessário.

Na fase de análise, os dados foram avaliados de acordo com a proposta de Análise de Conteúdos colocada por Romeu Gomes (MINAYO, 2000), onde ele propõe procedimentos sistemáticos para a análise de dados baseada na observação dos dados procurando identificar seus significados, achar as respostas para as questões colocadas, confirmar ou não as hipóteses prévias do trabalho de investigação e expandir os conhecimentos acerca do tema pesquisado, articulando o mesmo ao contexto sociocultural no qual está inserido, se aprofundando nos conteúdos expostos e indo além de uma interpretação superficial dos fatos colocados.

A análise do conteúdo dividiu-se em três momentos: o primeiro, a pré-análise, onde foi organizado o material adquirido, ou seja, onde se deu o primeiro contato com os dados para o começo da análise; no segundo momento definido como exploração do material, foram explorados os dados obtidos, fazendo a leitura dos questionários e tentando classifica-los e categoriza-los de acordo com as respostas obtidas, tendo a intenção de agrupar as respostas que apresentassem características comuns e que se relacionassem com os objetos estudados. Nesta fase os dados foram distribuídos em quatro categorias:

- Conceituando Saúde e Saúde Pública/Coletiva.
- Relações entre Educação Física e Saúde.
- A graduação em Educação Física voltada para a Saúde.
- A capacitação para atuar na Saúde Pública/Coletiva.

Sendo assim, todas as respostas se encaixam em uma categoria existente, não sendo incluída em duas ou mais categorias distintas, categorias estas que se desmembram a partir de um critério de classificação, no caso deste trabalho, o critério usado é o objetivo que se pretendia alcançar (MINAYO, 2000). O Apêndice A contém um quadro elucidativo acerca das categorias levantadas, levando em consideração os objetivos que se pretendiam responder e as perguntas feitas para alcançar tal propósito.

Já no terceiro e último momento (resultados) deu-se propriamente a análise das respostas obtidas, o conteúdo das respostas foi analisado e comparado procurando achar pontos convergentes e divergentes nas respostas para assim chegar a uma conclusão quanto aos questionamentos abordados, tentando identificar as possíveis lacunas existentes no processo formativo desses profissionais e se os pressupostos levantados no decorrer do trabalho se confirmavam. Para tanto, foram consideradas tanto as unidades de registro (respostas individuais) como as unidades de contexto (respostas coletivas) na interpretação dos dados. Para a exposição dos dados foram usados os recursos da Síntese da Análise de Conteúdo a fim de melhor relatar as respostas que mais se assemelhavam e a Análise Estruturada de Conteúdo com o intuito de melhor categorizar as respostas obtidas (FLICK, 2009).

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE DADOS

4.1. CONCEITUANDO SAÚDE E SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA

Quando falamos de Saúde propriamente dita ainda é possível perceber na fala de alguns alunos resquícios da visão biologicista de saúde, onde esta seria encarada puramente como a ausência de doenças, ou seja, quando o corpo físico está funcionando plenamente pode-se dizer que o indivíduo tem saúde, e quando o funcionamento deste é acometido por alguma razão o ser entra em estado de doença.

Voluntário 9: “Ausência de doenças e hábitos que tragam benefícios para corpo e mente.” (Licenciatura)

Voluntário 2: “Estar em paz consigo, se sentir saudável e conseguir fazer todas as atividades que almeja.” (Bacharelado)

Alguns alunos vão mais além e a classificam como mais do que apenas “ausência de doenças”, mas que Saúde seria um equilíbrio entre o bem estar físico e mental. Um ser que consiga manter seu corpo nutrido adequadamente, com suas funções fisiológicas em pleno funcionamento e que conserve seu psicológico estável pode se considerar saudável, encontrando-se num estado de doença quando esse equilíbrio é abalado por alguma razão.

Voluntário 1: “Saúde é um estado de bem estar físico e psicológico, quando o indivíduo se encontra em equilíbrio e em bom funcionamento de seu organismo.” (Licenciatura)

Voluntário 6: “Saúde está relacionada com condições físicas e mentais da pessoa, nunca separando esses dois aspectos, ambos em suas complexidades como a propensão à doenças e o estresse.”(Licenciatura)

Voluntário 5: “Saúde é o completo bem estar da pessoa em todo o sentido, ou seja, tanto na parte física quanto a mental, pois para se ter uma vida saudável, o corpo e a mente precisam estar livres de doenças, pensamentos negativos, hábitos que possam prejudicar o modo de se viver bem. Saúde engloba atividades físicas, viver com alegria, ter hábitos saudáveis de se viver, ter boa alimentação. Saúde é o completo bem estar físico e emocional.” (Licenciatura)

Uma parcela consegue encarar a saúde como uma resultante dos aspectos físicos, psíquicos e sociais. Tem quem pague pelo conceito difundido pela OMS, que saúde seria

"um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" (LEWIS, 1986, p.1100 apud. PALMA, 2000, p. 97).

Voluntário 15: "Pleno bem estar físico, mental e social." (Licenciatura)

Mas como já foi citado anteriormente, esta concepção difundida pela OMS não seria realmente aplicável uma vez que dificilmente alguém estaria plenamente bem nos três âmbitos colocados.

Os graduandos entendem que Saúde vai além da ausência de doenças, já que é possível percebermos nas suas falas a ideia de Saúde como algo que sofre influência pelo ambiente em que o indivíduo está inserido e como resultante das condições básicas de vida.

Voluntário 4: "Representa o estado fisiológico variável do corpo, que sofre alterações durante o crescimento e desenvolvimento corporal e também nas mudanças climáticas do ambiente em que a pessoa está inserida." (Licenciatura)

Voluntário 10: "Ausência de doença e manutenção ou aumento das condições necessárias para se manter a vida." (Bacharelado)

Podemos então constatar pelos discursos colocados que o conceito de Saúde difundido entre os estudantes de Educação Física está cada vez mais se aproximando do conceito ampliado de saúde como o que foi colocado na VIII Conferência Nacional de Saúde citada por Palma (2000), onde dizia que:

[...] saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...] (MINAYO, 1992, p.10).

Porém ainda há um grande caminho a ser percorrido quanto à compreensão de Saúde como sendo o resultado de uma gama de fatores e de quais fatores seriam esses, que vai além do aspecto físico ou psicológico do ser, que envolve a dimensão social (as relações sociais com o meio inserido e com os outros indivíduos).

Mesmo que a maioria ainda não consiga relacionar o aspecto social como componente da saúde e a encare apenas como algo físico e mental, podemos colocar que aquela visão reducionista que levava em consideração apenas a dimensão física (ausência de doenças) não é mais encarada como suficiente para explicar o que é Saúde.

Ao abordar a definição de Saúde Pública/Coletiva alguns alunos a classificam como os serviços prestados à população; estratégias e projetos criados para a promoção da saúde e prevenção de doenças; sendo que outros à associam ao uso de postos de saúde e hospitais que ofereçam um serviço multiprofissional de saúde.

Voluntário 9: “A saúde da população e os cuidados que são oferecidos para a mesma.” (Licenciatura)

Voluntário 3: “São projetos organizados para atender a comunidade para a conscientização e prevenção de doenças.” (Licenciatura)

Voluntário 10: “Programas e projetos com objetivo de manter ou promover a saúde de grandes massas.” (Bacharelado)

Voluntário 12: “É a evolução do Programa Saúde da Família (PSF), a atuação de vários profissionais de diversas áreas nos postos de saúde, englobando várias áreas de atuação de profissionais da saúde.” (Bacharelado)

Voluntário 4: “É um direito da população à utilização de postos e hospitais públicos que promovem ou deveriam promover um trabalho interdisciplinar entre as várias áreas da saúde (Enfermagem, Medicina, Educação Física, Odontologia, Fisioterapia e etc), prevenindo e tratando enfermidades com qualidade.” (Licenciatura)

Com base nas afirmações acima dá para se notar que os alunos costumam associar Saúde Pública/Coletiva à tão somente lugares físicos e serviços prestados para a saúde, ainda não tem uma visão mais abrangente do que esses termos significam, ficando limitados a apenas uma parte do grande todo que é a Saúde Pública/Coletiva.

Contudo, outros graduandos vão mais adiante e percebem a Saúde Pública/Coletiva mais voltada para a melhora da qualidade de vida das pessoas, buscando trazer para elas uma vida mais saudável, que propicie um convívio em harmonia com o ambiente e as pessoas que estão ao seu redor.

Voluntário 13: “São ideias, intervenções e métodos usados para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, como praças com equipamentos para atividades físicas ou aulas gratuitas para a população.” (Licenciatura)

Voluntário 2: “Condição em que os indivíduos possam conviver entre si e com o ambiente em que estão de uma forma saudável.” (Bacharelado)

Voluntário 5: “Saúde coletiva são iniciativas para se atingir a vida saudável da população ou de determinados grupos. Programas que visam conscientizar a importância da atividade física, da boa alimentação, de se manter hábitos saudáveis para a melhoria do bem estar físico e mental para a população são exemplos de Saúde coletiva.” (Licenciatura)

Tendo em vista estas proposições conseguimos perceber uma ampliação na ideia de Saúde Pública/Coletiva apresentada por estes alunos, onde colocam a Saúde Pública/Coletiva como mais do que um mero serviço de saúde, se tornando uma ferramenta voltada para o alcance do bem estar da população e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, mas ainda não deixam evidentes que tipos de serviços devem ser oferecidos para que esses objetivos sejam alcançados.

No entanto, existem aqueles alunos que enxergam a Saúde Pública/Coletiva para além do âmbito individual, que a veem como algo que engloba um coletivo de pessoas que estão inseridas numa dada sociedade, sociedade essa que necessita de uma série de condições básicas para viver e ter saúde, condições que devem ser supridas pelos serviços públicos prestados pelo Estado.

Voluntário 8: “O estudo de uma determinada população ou conjunto de sujeitos, situados no mesmo ambiente, analisando suas condições de saúde.” (Licenciatura)

Voluntário 7: “Acredito que seja a saúde pensando na sociedade, percebendo não apenas o indivíduo, mas a totalidade de uma determinada(o) região/grupo.” (Licenciatura)

Voluntário 1: “Acredito que saúde pública é uma esfera da saúde que proporciona a população condições básicas do acesso a profissionais que o zelam pela saúde de modo geral do indivíduo. Acredito também que questão com saneamento básico, higiene, acesso a água potável fazem parte da saúde coletiva.” (Licenciatura)

Voluntário 14: “O bem estar da sociedade, ou seja, a manutenção de um ambiente harmônico que satisfaça as necessidades fundamentais para uma vida digna de um ser humano, estando entre elas a segurança, o lazer, atendimento médico, entre outras.” (Licenciatura)

Voluntário 11: “O termo refere-se a capacidade que um conjunto de pessoas têm de organizarem-se e promoverem determinadas medidas adequadas, que visem uma estrutura na sociedade eficiente para que

todos os indivíduos tenham condições necessárias de saúde. O principal órgão á viabilizar estas condições é o estado.” (Licenciatura)

O conceito de Saúde Pública deriva do fato de a saúde ser um direito de qualquer cidadão, onde ele possa usufruir de seus serviços e ações de caráter sanitário, que busquem prevenir ou combater riscos para a saúde da população sem que esta tenha que pagar por eles, é um bem de consumo público. De acordo com a Constituição Federal de 1988 a responsabilidade pela prestação deste serviço fica a encargo do Estado, cabendo a ele fornecer os subsídios adequados para a prestação deste serviço (BRASIL, 2015), (PORTAL EDUCAÇÃO, 2016). Ao nos referirmos à Saúde Coletiva, estamos falando a respeito do

[...] estudo da dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação destas relações para a obtenção dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações[...] (AROUCA, 1975 apud NUNES, 1994,p.11).

Partindo desse entendimento tomamos que Saúde Coletiva seria um meio para se identificar variáveis ambientais e sociais que influenciem o processo-saúde doença de uma dada sociedade ou grupo de pessoas, que leva em conta não só o aspecto individual para explicar o fenômeno doença, mas que considera o ser como alguém incluso dentro de um coletivo, que sofre alterações de condições de saúde à medida que serviços básicos de vida são prestados ou não para o meio em que está inserido (PORTAL DA EDUCAÇÃO, 2016), (NUNES, 1994) (PALMA, 2000).

Tendo em vista os conceitos apresentados, pode-se concluir que assim como o conceito de Saúde, a ideia acerca do que seria Saúde Pública/Coletiva vem aos poucos se concretizando e se aproximando dos conceitos colocados pelos autores e pelo próprio SUS. Isto evidencia que os alunos do curso de graduação em Educação Física possuem uma ideia ainda imatura do que seria a Saúde Pública/Coletiva, porém, já deixa visível a capacidade de enxergá-la como resultante de uma gama de fatores, que necessita de responsabilidades individuais e coletivas para que seu alcance seja pleno. Ainda que a maioria não constate todos esses tramites que perpassam a Saúde Pública/Coletiva, o fato de caracterizações mais abrangentes terem sido colocadas nos deixa uma perspectiva acerca da consciência desses alunos sobre os temas pertinentes à saúde.

4.2. RELAÇÕES ENTRE EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE.

Todos os alunos participantes concordam com a ideia de que a Educação Física é uma integrante da área da Saúde, colocando como justificativas para isso o fato de que a Educação Física pode auxiliar na prevenção de patologias, na promoção e manutenção da saúde e no tratamento e reabilitação de doenças e agravos, ponto de vista também difundido por Florindo e Hallal (2011) ao afirmarem que a prática de exercícios físicos favorece a prevenção, o controle e o tratamento de doenças coronarianas ou doenças crônico-degenerativas.

Voluntário 9: “Sim. Porque a Educação física age na prevenção e tratamento de doenças, além da promoção de uma vida saudável.” (Licenciatura)

Voluntário 10: “Sim. Pois dentro das áreas abrangidas pela Educação Física esta inserida ou relacionada a preocupação com a prevenção, manutenção ou promoção da saúde do indivíduo.” (Bacharelado)

Outros alunos defendem sua presença na área da saúde não só pelos motivos já listados, mas também por a Educação Física poder conscientizar crianças, adolescentes e adultos que estão nas escolas, clubes e academias sobre a importância de se manter um estilo de vida saudável, onde a prática de atividades físicas esteja sempre presente, contribuindo assim na manutenção do estado de saúde.

Voluntário 5: “Sim. Porque a Educação Física abrange muitas áreas na promoção da saúde, tanto na licenciatura quanto bacharelado há várias atividades onde o profissional pode atuar, na escola mostrando aos alunos a importância da atividade física e nas academias, clubes onde o profissional atua mostrando a melhor forma de se fazer os exercícios, a importância da boa alimentação para a promoção da vida saudável.” (Licenciatura)

Voluntário 15: “Sim, por ser uma área de conhecimento muito ampla, possui várias vertentes e em muitas o tema saúde está envolvido, seja na Educação Física escolar onde o intuito é despertar no aluno o interesse por um estilo de vida saudável, seja no treinamento físico em estúdios ou academias onde visam o aperfeiçoamento da aptidão física, reabilitação de condições desfavoráveis. Promoção da saúde.” (Licenciatura)

Além dos pontos já colocados, há os que legitimam sua permanência nessa área tomando por base o fato de os exercícios físicos proporcionarem um bem estar físico, mental

e social aos indivíduos, bem estar esse que tem relação direta com o estado de saúde dos sujeitos praticantes, isso se dá graças ao fato de os exercícios propiciarem momentos de lazer por meio da liberação de certos hormônios durante suas execuções. A prática regular de exercícios ajuda no combate ao sedentarismo, um dos fatores ligados ao surgimento de doenças crônicas degenerativas, pensamento esse também encontrado em trabalhos de Rezende et al.(1996) e Guedes e Guedes (1995).

Voluntário 1: “Sim, pois por ter como objeto de estudo/prática o homem em diversas esferas como social, biológica e mental a educação física permite ao homem conquistar e manter sua saúde.” (Licenciatura)

Voluntário 7: “Com certeza, pois a Educação Física engloba todas as dimensões do ser, o aspecto físico, psicológico e social. E todos esses aspectos estão diretamente relacionados com a saúde.” (Licenciatura)

Voluntário 11: “Através da prática de atividade física, sejam elas com fins de lazer, ou não, pois evita o sedentarismo responsável pelo aparecimento de doenças crônicas degenerativas, além de proporcionar bem estar mental e social, pois as pessoas dentro de determinados programas de atividade interagem com outros indivíduos e socializam-se, além de diminuir o stress e ansiedade devido a liberação de hormônios do prazer durante a prática de exercício.” (Licenciatura)

Um outro grupo de graduandos colocou que o educador físico capacitado tem a competência de conscientizar diversos públicos a respeito da importância de se ter uma prática regular de exercícios físicos para o alcance de benefícios por meio de diversas atividades/modalidades, além de que um profissional bem orientado irá prescrever exercícios adequados a cada indivíduo, respeitando suas capacidades e limitações, evitando o risco de lesões e melhorando sua saúde. Características essas que igualmente são recomendadas por Azevedo et al. (2013), onde o mesmo afirma que o educador físico deve possuir uma série de competências para atuar de forma satisfatória dentro de programas voltados para a saúde.

Voluntário 5: “Papel muito importante. O educador físico tem o papel de conscientizar a importância da atividade física frequente para a prevenção de doenças, bem estar, mostrando sempre os benefícios de se manter o corpo em constante movimento, assim a saúde será melhorada e há várias formas de se fazer atividades: praticar esportes, correr, malhar e inúmeras atividades em que a pessoa pode escolher para se manter o corpo saudável.” (Licenciatura)

Voluntário 8: “Muito importante, pois ela pode proporcionar o melhoramento da saúde se for aplicada adequadamente como também pode causar lesões/piora da saúde se for mal administrada.” (Licenciatura)

Há ainda estudantes que ressaltam a importância da atuação em conjunto do educador físico à outros profissionais da saúde e a necessidade de mais investimentos do governo para sustentar os programas de exercícios físicos voltados para a saúde. Esta ideia de atuação multiprofissional é igualmente assumida por Loch-Neckel et al. (2009), onde é colocado que para um cuidado integral do ser, se faz necessário a presença de profissionais das diversas áreas da saúde na prestação de serviços à população.

Voluntário 13: “Junto a outros profissionais, pode-se ajudar a tratar doenças e distúrbios, e, até mesmo, evitá-los. Atividade física faz parte de um modelo de vida saudável.” (Licenciatura)

Voluntário 3: “Vejo essa relação com grande importância, pois a saúde está diretamente ligada ao bom funcionamento do organismo. Tendo em vista que o professor de Educação Física trabalha para o bem estar e bom condicionamento de vida. É necessária a integração de uma equipe de saúde para gerar qualidade de vida ao indivíduo. (Licenciatura)

Voluntário 4: “A Educação Física vem transformando a qualidade de vida das pessoas que procuram por academias, assessorias esportivas e clubes que promovem a prescrição de exercícios físicos condizentes com a capacidade e limitação de cada um ou uma. Mas, é preciso que haja um melhor suporte do governo para ampliar os recursos materiais necessários utilizados em programas de exercícios físicos disponíveis a todos em praças públicas.” (Licenciatura)

Podemos notar então que os argumentos para a inserção da Educação Física na área da saúde não são escassos, os benefícios das práticas de exercícios físicos já são comprovados cientificamente. Estes benefícios têm influencia no estado de saúde dos indivíduos, pois contribuem desde a prevenção de doenças/agravos até a reabilitação de casos mais complexos. Com base nisso, percebemos a consciência que os estudantes de Educação Física possuem quanto ao seu papel profissional frente à saúde das pessoas e no que eles podem colaborar para tanto, tendo ciência da importância de se trabalhar em equipes multiprofissionais de saúde e de serem capacitados para isso, contribuindo para uma melhor atuação frente à população e suas necessidades.

4.3. A GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA VOLTADA PARA A SAÚDE.

Todos os participantes afirmam que durante a sua graduação assuntos/conteúdos voltados para a Saúde foram tratados, colocando como exemplos disso assuntos/conteúdos como:

1. Fisiologia Humana;
2. Fisiologia do exercício;
3. Fundamentos biológicos;
4. Cinesiologia;
5. Biomecânica;
6. Anatomia humana;
7. Funcionamentos do corpo em repouso e em atividade;
8. Treinamento esportivo;
9. Esportes;
10. Primeiros socorros;
11. Importância da alimentação saudável (Nutrição);
12. Cuidado no uso de suplementos e esteroides;
13. Conceitos de saúde;
14. Saúde e qualidade de vida;
15. Estilo de vida saudável;
16. Atividade física/Exercício físico e Saúde;
17. Patologias e enfermidades em grupos de risco;
18. Esporte no tratamento de patologias;
19. Prevenção de doenças;
20. Atividade física e reabilitação;
21. Prescrição de exercícios físicos para grupos especiais;
22. Saúde do idoso;
23. Saúde mental;
24. Saúde cardiorrespiratória;
25. Saúde postural.

Frente a estes assuntos/conteúdos citados podemos dividi-los em três categorias:

1. Assuntos/Conteúdos pertinentes ao funcionamento biológico/motor do corpo.
 - 1.1 Anatomia humana
 - 1.2 Fundamentos biológicos;
 - 1.3 Fisiologia Humana;
 - 1.4 Fisiologia do exercício;
 - 1.5 Cinesiologia;
 - 1.6 Biomecânica;
 - 1.7 Funcionamentos do corpo em repouso e em atividade;
2. Assuntos/Conteúdos voltados para as práticas esportivas e nutricionais.
 - 2.1 Treinamento esportivo;

- 2.2 Esportes;
- 2.3 Primeiros socorros;
- 2.4 Importância da alimentação saudável (Nutrição);
- 2.5 Cuidado no uso de suplementos e esteroides;
- 3. Assuntos/Conteúdos direcionados para temas de práticas de Saúde.
 - 3.1 Conceitos de saúde;
 - 3.2 Saúde e qualidade de vida;
 - 3.3 Estilo de vida saudável;
 - 3.4 Atividade física/Exercício físico e Saúde;
 - 3.5 Prescrição de exercícios físicos para grupos especiais;
 - 3.6 Prevenção de doenças;
 - 3.7 Patologias e enfermidades em grupos de risco;
 - 3.8 Esporte no tratamento de patologias;
 - 3.9 Atividade física e reabilitação;
 - 3.10 Saúde do idoso;
 - 3.11 Saúde mental;
 - 3.12 Saúde cardiorrespiratória;
 - 3.13 Saúde postural.

Tomando por base estas colocações, podemos supor que para os estudantes de Educação Física investigados a Saúde não se resume apenas a práticas de prevenção, tratamento ou reabilitação de doenças, a Saúde começa a se manifestar nos funcionamentos orgânicos do corpo, na sua total capacidade de trabalhar em equilíbrio e atender as demandas satisfatoriamente. Da mesma forma, assumem que a Saúde se faz presente ao nos envolvermos com práticas esportivas e com a alimentação saudável, auxiliando assim o pleno funcionamento corporal, mental e social. Ainda das categorias acima, conseguimos extrair que a Saúde está intrínseca nos conceitos de Saúde, nas intervenções a grupos especiais e em estilos de vida saudáveis almejando uma vida com mais qualidade.

A maioria dos graduandos expuseram que o contato com estes assuntos/conteúdos se deu por meio de disciplinas, foram poucos os que relatam outras formas de proximidade, os que citaram ferramentas além das disciplinas colocaram como meio de abordagem: Atividades complementares (Cursos/Bolsas), Projetos de pesquisa, e uma minoria citou Eventos e Estágios.

Frente a estas colocações, fica evidente que os temas relacionados à Saúde ficam muito restritos apenas à disciplinas, deixando a desejar quando pensamos em ofertas de possibilidades de aproximação com o tema por meio de atividades extraclasse, onde o aluno poderia se aprofundar nos assuntos e chegar até a ter uma vivência prática mais real das situações de trabalho que encontrará ao atuar no viés da Saúde.

Ao serem questionados a respeito de disciplinas/atividades voltadas para a Saúde Pública/Coletiva, metade dos alunos afirmou não conhecer nenhuma disciplina que tivesse o enfoque nesta área, ou que não eram exploradas no currículo vigente à eles. Outros associaram estes termos à disciplinas já citadas na pergunta anterior e houve os que citassem o Projeto Saúde em Movimento e o Projeto Rondon como projetos de extensão que voltam suas ações para a área da Saúde Pública/Coletiva.

Voluntário 4: “Não são ofertadas disciplinas com enfoque na área da Saúde Pública/Coletiva na graduação.” (Licenciatura)

Voluntário 15: “Creio que não existe disciplina que aborde com ênfase esse contexto no currículo 045.” (Licenciatura)

Voluntário 3: “Fundamentos biológicos; Fisiologia; Educação e Saúde.” (Licenciatura)

Voluntário 5: “Possibilidade de atuação em projeto de extensão como voluntário, como por exemplo o programa Saúde em movimento, onde se trabalha com grupos de pessoas idosas para ajudá-los na prática de atividades físicas, respeitando o limite de cada um e promovendo a saúde de todos do grupo.” (Licenciatura)

Voluntário 6: “Existe o programa saúde em movimento que ocorre no IEFES pela manhã, atendendo, majoritariamente, grupos idosos; E existe o projeto Rondon que une graduandos de vários cursos da saúde para atender populações de zonas mais precárias.” (Licenciatura)

Considerando que a grade curricular do curso de Educação Física oferece uma série de disciplinas que tratam de temas pertinentes à Saúde Pública/Coletiva tais quais as abaixo citadas, pode-se concluir que os alunos não conhecem a fundo a grade oferecida por seu currículo ou não possuem interesse de atuação na área da Saúde Pública/Coletiva uma vez que desconhecem estas disciplinas ou não reconhecem todas elas como possibilidades de estudo. De fato todas as disciplinas citadas são optativas para os alunos dos currículos analisados,

cabendo a eles o interesse por se matricularem em uma delas e se aprofundarem nesta área do conhecimento.

Exemplo de disciplinas ofertadas para alunos do Currículo 045 e 046:

- Educação Física para 3ª idade
- Avaliação em Educação Física e esportes
- Educação e saúde
- Atividades físicas para grupos especiais
- Educação Física e movimentos sociais
- Prática de Educação Física – Atividade física e qualidade de vida;
- Abordagem centrada na pessoa;
- Atividade física e Saúde;
- Prevenção e primeiros socorros
- Alimentação no Brasil
- Educação popular
- Corporeidade e educação
- Ginástica laboral
- Prática de Educação Física – hidroginástica e qualidade de vida
- Educação ambiental e transversalidade
- Práticas corporais integrativas

Ao serem questionados sobre os projetos oferecidos pela Universidade que tivessem relação com a área da Saúde o Projeto Saúde em Movimento esteve presente na fala de todos os participantes, uma pequena parcela soube citar outros projetos tais como: Projeto Rondon; Projeto Qualidade de Vida para Crianças e Adolescentes e Projeto Esporte Educacional, Inclusão e Qualidade de Vida.

Quando falamos de projetos voltados para a Saúde a Universidade oferece uma série de projetos que atendem a essa temática, a maioria desses projetos são sediados/oferecidos por outros cursos, mas abrem a possibilidade para que o graduando em Educação Física possa fazer parte das suas atividades, alguns exemplos desses projetos são:

- Promoção à saúde e qualidade de vida;
- Atenção a grupos de pessoas com necessidades especiais;
- Atenção integral à mulher;
- Atenção integral à criança;
- Atenção integral à saúde de adultos;
- Atenção integral à terceira idade;
- Atenção integral ao adolescente e ao jovem;
- Capacitação e qualificação de recursos humanos e de gestores de políticas públicas de saúde;
- Desenvolvimento do sistema de saúde;
- Saúde e segurança no trabalho;
- Esporte, lazer e saúde;
- Hospitais e clínicas universitárias;

- Saúde da família;
- Núcleo de Estudos da Longevidade – NEL;
- Programa da Promoção da Saúde – PROSA;
- Programa de Apoio à Saúde do Atleta e Promoção do Esporte;
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde);
- Programa Intergrado de Educação e Saúde na Comunidade – PIESC;
- Núcleo de Práticas Corporais Integrativas.

Todos os projetos e programas podem ser conferidos no site da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Ceará. Tendo isso como base, podemos afirmar que os graduandos de Educação Física desconhecem a maior parte dos projetos que são oferecidos por sua Universidade, deixando de aproveitar vivências que poderiam enriquecer sua formação acadêmica e profissional visto que estão para se formar. Isso pode se dar devido à inúmeros fatores: a falta de interesse pela área como já foi colocado anteriormente, a escassez de divulgação destes projetos e programas oferecidos pela Universidade, o acomodamento dos alunos por não procurarem projetos e programas oferecidos por outros cursos mas que também beneficiem sua formação caso estes se interessassem, entre outras razões. Cabe aqui maiores esforços por parte do núcleo gestor e dos docentes em fazer com que este desconhecimento seja superado, seja por maiores incentivos de engajamento ou uma maior divulgação das disciplinas ofertadas no decorrer do curso.

Ao serem questionados sobre o conhecimento de programas e projetos voltados para a Saúde Pública/Coletiva onde o educador físico pudesse atuar, os graduandos colocaram como possibilidades o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Sarah, Liga de Saúde da Família, PET. Além dos já citados pelos alunos, o educador físico pode atuar também no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF); Centro de atendimento Psicossocial (CAPS), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) etc. Tendo em vista estas menções, conclui-se que os alunos de Educação Física possuem uma noção de alguns programas e projetos em que podem se engajar na área da Saúde Pública/Coletiva, mas ainda desconhecem outros espaços de possíveis exercícios profissionais, espaços esses que deveriam ser ressaltados ao longo de sua formação acadêmica como mais um campo de atuação.

4.4. A CAPACITAÇÃO PARA ATUAR NA SAÚDE PÚBLICA/COLETIVA.

Quando indagados sobre a importância oferecida pela grade curricular para a área da Saúde, a maior parte dos alunos investigados afirmam que não consideram que a grade curricular dê a importância necessária para a área da Saúde, apresentando como soluções para tal situação desde a disponibilização de mais disciplinas com esse enfoque e aprofundamento dos conhecimentos sobre o tema à maior oferta de projetos, eventos e cursos.

Voluntário 3: “Apesar do curso ter uma ligação direta com a saúde, a grade curricular obrigatória se limita muito a esse assunto, tendo contato, mas de forma limitada. Algumas disciplinas que abordam esse tema de forma direcionada, são ofertadas como optativas, mas a disponibilidade de horários não permite que todos façam.” (Licenciatura)

Voluntário 7: “Acredito que não precise mudar a grade curricular, apenas os docentes deveriam inserir essa temática, de forma explícita, em suas disciplinas. Sabemos que Educação Física e Saúde estão intimamente relacionadas, porém, isso não é visto de forma efetiva na nossa formação.” (Licenciatura)

Voluntário 12: “Com mais disciplinas optativas, cursos, seminários, palestras, etc.” (Bacharelado)

Voluntário 10: “Um enfoque mais específico de disciplinas além de uma maior divulgação e estímulos para participação em projetos da área.” (Bacharelado)

Voluntário 2: “Acredito na possibilidade de maiores eventos e reuniões entre as aulas ou até mesmo durante as aulas.” (Bacharelado)

Como já abordado anteriormente, a Universidade disponibiliza uma grande variedade de disciplinas e projetos que envolvam o educador físico e a área da Saúde, porém, mesmo com essa ampla disposição, constata-se que o graduando de Educação Física ainda considera sua formação deficitária quanto à abordagem deste tema, isso pode se dar como alguns alunos bem colocaram à falta de horários acessíveis a estas disciplinas e projetos e igualmente à uma divulgação falha e estímulos pouco atrativos ao se tratarem de oportunidades voltadas para a área da Saúde.

Sobre se considerarem aptos para atuarem em programas e projetos voltados para a Saúde Pública/Coletiva tais quais a ESF/NASF, uma pequena parcela afirmou ser capaz de trabalhar em um programa com as características dos citados, pois apesar de não terem vistos

estes temas abordados profundamente, a base geral que foi oferecida pelo curso lhe dá a capacidade necessária para buscar novos conhecimentos sobre o assunto e se tornar mais qualificado para assim atuar nestes programas, outros ainda afirmam que são habilitados para tanto por terem participado de projetos com cunho semelhante durante a sua graduação, tendo assim uma noção mais próxima das atividades desenvolvidas nestes programas.

Voluntário 1: “Sim, de certa forma, pois apesar de não haver nenhuma disciplina obrigatória diretamente relacionada com o assunto, e a optativa de atividade física e saúde ser pouco ofertada (deveria ser mais), nossa formação geral nos fornece base para busca de ampliar nosso conhecimento e ser um bom profissional caso tenhamos a oportunidade de atuar nessa área.” (Licenciatura)

Voluntário 3: “Sim. Pois durante a minha formação tive contato com vivências e o conhecimento que me fizeram buscar mais informações para possuir capacidade de planejar e executar, utilizando da educação física, vivências para melhoria de vida.” (Licenciatura)

Voluntário 15: “Creio que poderia atuar pois durante a graduação tive a oportunidade de participar do programa saúde em movimento vinculado ao IEFES, onde pude aprender um pouco sobre o atendimento a esse público, contribuindo assim para minha formação. No entanto ainda é pouco para estudantes quase no fim do curso.” (Licenciatura)

Estes alunos que afirmaram serem capazes de atuar num dos programas de Saúde Pública/Coletiva foram questionados a respeito de como é a atuação da Educação Física dentro destes programas. Os graduandos apontam que o educador físico tem como função juntamente a outros profissionais, auxiliar na promoção da saúde, na prevenção, controle e reabilitação de doenças e agravos por meio da conscientização acerca dos benefícios das atividades físicas e de se ter hábitos saudáveis para uma vida com mais qualidade e saúde.

Voluntário 7: “Acredito que a principal atuação seja na prevenção de doenças e no controle (ajudar no controle) de doenças como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitos, Dislipidemia, entre outras, que atinge uma população gigantesca.” (Licenciatura)

Voluntário 3: “O profissional de Educação Física executa dentro desse núcleo atividade de reabilitação, saúde da família como um todo, atividades físicas, vivências corporais.” (Licenciatura)

Voluntário 5: “A Educação Física na ESF juntamente com profissionais de outras áreas vai até a população promover o hábito da vida saudável.

O educador físico tem que mostrar os benefícios da prática regular de exercícios para a prevenção de doenças, orientar sobre a melhor forma de se fazer as atividades para a prevenção de lesões, respeitar o seu limite e que o processo de aptidão física é gradual, incentivar a mais pessoas e grupos a se juntar nas práticas é uma forma de socialização tornando as atividades mais prazerosas, destacando a importância de não se deixar de se fazer atividade física regular para todos respeitando os limites de cada um e ter em mãos eventuais problemas físicos ou cardíacos que a pessoa possa ter, assim o educador físico deve adequar a melhor atividade para cada pessoa.” (Licenciatura)

Voluntário 15: “A atuação da Educação Física nesse contexto visa criar estratégias para prevenção de algumas doenças entre elas, doenças hipocinéticas, melhorar aptidão física dos indivíduos, assim como acompanhar possíveis evoluções dos mesmos. Tentativa de conscientização da população dos aspectos relacionados a saúde, tornando-a mais crítica e capaz de determinar quais os melhores hábitos a aderir.” (Licenciatura)

Notamos na fala destes estudantes que eles possuem discernimento acerca de algumas atribuições exigidas do profissional de Educação Física nestes projetos, atribuições essas também descritas nas obras de Azevedo et al (2013) e Haddad et al. (2006), onde além das obrigações já mencionadas ainda podem ser acrescentadas o dever de avaliação morfológica e funcional dos indivíduos, a prescrição e orientação de atividades para pessoas saudáveis e doentes, fomentação de estratégias que visem por meio da conscientização de estilos de vida mais ativos e saudáveis a redução do uso de fármacos para o tratamento de doenças, etc.

Ainda sobre a capacidade de atuação nestes programas, houve os alunos que declararam não serem ou não se sentirem capazes de atuar em programas voltados para a Saúde Pública/Coletiva. Estes justificam esta ideia em cima do fato de não terem o conhecimento necessário ou suficiente para se atuar nestes programas, apesar de as disciplinas vistas no decorrer da graduação terem relação com a área da Saúde, elas não se aprofundam nos temas da Saúde Pública/Coletiva, deixando aí uma lacuna do conhecimento que só poderia ser preenchida por meio de uma capacitação extra curso, e nem todos tem o interesse e a motivação necessária para buscarem esta instrução; Outros ainda atestam que o número de disciplinas obrigatórias que retratem o tema não são suficientes para dar uma base sólida acerca dos fundamentos necessários, ainda mais para a modalidade de curso deles, no caso, a licenciatura.

Voluntário 12: “Não, pois eu precisaria conhecer e estudar mais a atuação do profissional na área de saúde e dos projetos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).” (Bacharelado)

Voluntário 4: “Não, apesar da grade curricular do curso de Educação Física ofertar várias disciplinas que envolvem as mudanças fisiológicas e anatômicas do corpo, relacionadas a prescrição de exercícios e saúde, falta um direcionamento e enfoque voltado para a saúde coletiva, principalmente a pública, que muitas vezes tem pouco acesso a exercícios físicos de qualidade.” (Licenciatura)

Voluntário 10: “Não. Apenas se tivesse algum tipo de capacitação preparatória para tal.” (Bacharelado)

Voluntário 13: “Não, acredito que não há tantas disciplinas obrigatórias com esse foco e como não tenho interesse na área, não fui atrás de disciplinas ou projetos que tratem do assunto.” (Licenciatura)

Voluntário 9: “Não. Porque de acordo para o que a graduação foi voltada (licenciatura) e a minha falta de interesse com assuntos fora disso, não acho que tenho aptidão para atuar nos citados programas.” (Licenciatura)

Voluntário 6: “Não. Acredito que mesmo tendo tido experiência com essa temática, não tenho o conhecimento suficiente para atuar profissionalmente nessa área. Vale dizer também, que sou da licenciatura.” (Licenciatura)

Os alunos que se julgam incapazes de atuar em programas direcionados para a Saúde Pública/Coletiva apontam como possíveis soluções para estas falhas na formação acadêmica a alternativa de maiores ofertas de disciplinas obrigatórias específicas acerca do tema, que tratem de conceitos empíricos e aplicações práticas visando uma aproximação mais real e fiel ao campo de trabalho; aumento da disponibilidade de projetos relacionados a área, onde sua divulgação e estímulos fossem mais fortes e que fossem mais acessíveis aos graduandos, tanto em questão de horários quanto ao número de vagas disponíveis.

Voluntário 11: “Deveria ser abordada de forma mais específica em uma disciplina ou até mesmo projetos de extensão voltados para a temática, onde fosse possível atuação, juntamente com profissionais que tenham experiência, desta forma poderíamos conhecer de verdade esta área que não dominamos. Se fazemos parte da área da saúde é necessário conhecer seu universo.” (Licenciatura)

Voluntário 14: “Disciplinas obrigatórias específicas sobre a saúde pública e noções de administração e políticas públicas; Disciplinas específicas sobre tratamento, prevenção e reabilitação de doenças combatidas nesses programas de saúde pública.” (Licenciatura)

Voluntário 4: “Disciplinas ou projetos de extensão acessíveis a todos na graduação poderiam ser ofertados, com objetivos de promover o bem estar de grande parte da população que utiliza o SUS (Sistema Único de Saúde), prevenindo doenças, diminuindo assim o número de pessoas que procuram os postos de saúde e hospitais públicos.” (Licenciatura)

Voluntário 10: “Um maior estímulo e orientação para engajar em tais projetos.” (Bacharelado)

Diante das sugestões colocadas se torna evidente que é preciso um maior direcionamento do curso de Educação Física para a área da Saúde Pública/Coletiva, não somente para acrescentar novos conhecimentos relacionados a área, mas para imputar nos graduandos do curso de Educação Física a confiança e interesse necessários para assumir seu lugar no campo profissional que é a Saúde Pública/Coletiva. Cabe aos alunos reinvidicarem as ferramentas que levarão eles à uma formação mais completa, sejam essas ferramentas disciplinas, projetos, eventos, cursos, pesquisas, palestras, etc. Do mesmo modo cabe à coordenação do curso juntamente à seus docentes a formulação de estratégias cabíveis que atendam essa demanda pedagógica e levem a um preenchimento desta lacuna que ainda se estabelece nos cursos de Educação Física e impossibilita que inúmeros graduandos atuem nesta área da profissão.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após as leituras feitas para dar origem a esta pesquisa e depois de analisar as falas dos graduandos de Educação Física pude confirmar algumas hipóteses por mim levantadas ao longo do processo de investigação. De fato o curso de Educação Física ainda tem carências quando falamos de abordagens a respeito da área da Saúde, mas isso fica ainda mais evidente ao adentrarmos no campo da Saúde Pública/Coletiva.

Ao contrario do que se imaginava à princípio, o curso de Educação Física oferece uma quantidade ampla de disciplinas voltadas para a área da Saúde, o fator negativo talvez seja a circunstancia de estas disciplinas serem praticamente todas optativas, ou seja, cabe ao aluno a possibilidade de optar por este conhecimento ou não. Acredito que em um curso onde exista a possibilidade de atuação dentro da área da saúde estas disciplinas deveriam ser obrigatórias como tantas outras voltadas para as demais áreas de atuação do educador físico.

Os alunos apresentam ideias e conceitos condizentes com as atuais linhas de raciocínio e pesquisa acerca da Saúde e Saúde Pública/Coletiva, no entanto, suas colocações ainda são superficiais, eles não conseguem se aprofundar nos temas e nas suas concepções, ficando algumas vezes presos no senso comum. Apesar dessa dificuldade eles demonstram consciência de suas carências a respeito desta abordagem, muitas das vezes deixando de exercer suas funções neste campo por reconhecerem que a graduação não foi suficiente para suprir os conhecimentos que são necessários para se trabalhar de forma eficiente nesta esfera. Algumas vezes nota-se que as falas dos alunos da licenciatura são mais embasadas que as falas dos alunos do bacharelado, esta diferença possivelmente possa se dar pelo fato de a formação em licenciatura ter uma influencia mais forte da área das ciências humanas, enquanto que o bacharelado recebe uma influência maior das ciências biológicas.

Ao se depararem com esta dificuldade os alunos assumem que não tiveram interesse de procurar por projetos ou outras atividades que envolvessem o tema aqui abordado, concluímos a partir disso que ambas as partes (núcleo gestor, graduandos e docentes) tem sua parcela de responsabilidade nesta falha existente na formação acadêmica, o primeiro por não procurar meios de fortalecer esta área dentro da formação de seus acadêmicos, trazendo mais recursos que pudessem explorar essa temática a fundo e deixar os graduandos preparados para saírem da graduação capacitados para trabalharem nesta área; os segundos por não buscarem as instruções e experiências que lhe são oferecidas não só pelo departamento do curso de Educação Física, mas pelos departamentos de outros cursos da área da Saúde que poderiam

acrescentar vivências teóricas e práticas de extrema riqueza à sua formação; e os terceiros por não fomentarem nos alunos o interesse por esta área, deixando de se aprofundar nas discussões sobre o tema e formar graduandos mais instruídos.

Fica assim constatado que o curso de graduação em Educação Física tem suas lacunas, que ainda tem muito que melhorar para poder abordar esta temática de forma satisfatória com o intuito de deixar seus graduandos mais completos ao saírem da formação acadêmica por eles oferecidos, da mesma forma os estudantes de educação física devem se preocupar em buscarem conhecimento, não se contentarem com apenas o que lhe é oferecido no decorrer do curso. A Universidade além de capacitar seus graduandos em conhecimentos científicos deve ser capaz de formar cidadãos críticos e autônomos, que possam tomar iniciativas frente às dificuldades apresentadas e resolver estes empecilhos de forma satisfatória, trazendo desta maneira maiores contribuições para a sociedade civil e científica em que está inserido.

6. REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO, Luciene Ferreira et al. *Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica à saúde*. Rio de Janeiro: CONFEF, 2013.
2. BRASIL. Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998. *Portal da Legislação/Governo Federal*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9696.htm>. Acesso em: 14 mai. 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 687, de 30 de março de 2006*. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2016.
5. BRASIL. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica. *Portal da Saúde*. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 14 mai. 2015.
6. BRASIL. Fiocruz. *Pense SUS*. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/>>. Acesso em: 16 mai. 2015.
7. BRASIL, Universidade Federal do Ceará. *Pós-graduação em Saúde Coletiva*. Disponível em <<http://www.saudepublica.ufc.br/index.php>>. Acesso em: 13 fev. 2016.
8. ESCOREL, Sara et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*, Washington, v.21, n.2-3, p.164-176, Feb./Mar. 2007.
9. FACHIN, Odilia. *Fundamentos de Metodologia*. 5.ed. [rev]. São Paulo: Saraiva, 2006.
10. FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução de Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
11. FLORINDO, Alex Antonio; HALLAL, Pedro Curi. *Epidemiologia da atividade física*. São Paulo: Atheneu, 2011.
12. GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.
13. GONÇALVES, Aguinaldo et al. *Saúde Coletiva e urgência em Educação Física*. São Paulo: Papyrus, 1997.

14. GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. Atividade física, aptidão física e saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, Pelotas, v.1, n.1, p. 18-35, 1995.
15. HADDAD, Ana Estela et al. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*, Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
16. LAZZAROTTI FILHO, Ari et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. *Movimento (ESEF/UFRGS)*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 11-29, jan./mar. 2010.
17. LOCH-NECKEL, Gecione et al. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, Supl. 1, p. 1463-1472, set./out. 2009.
18. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, mar./abr. 2007.
19. MALTA, Deborah Carvalho et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 18, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2009.
20. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, p. 2297-2305, ago. 2010.
21. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 17.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
22. MORAES, Roque. Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.
23. NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Rev. Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994.
24. PALMA, Alexandre. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. *Rev. paul. Educ. Fís.*, São Paulo, v.14, n.1, p. 97-106, jan./jun. 2000.
25. PORTAL EDUCAÇÃO. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/medicina/artigos/55414/saude-publica-ou-saude-coletiva-qual-a-diferenca-entre-os-termos#ixzz3wsjv6h7L>. Acesso em 10 jan. 2016.

26. REZENDE, Luciano et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. *Rev. Brasileira de Medicina do Esporte*. Niterói, v. 2, n. 4, p. 79-81, out./dez, 1996.
27. SANTOS, Antonio Raimundo dos. Metodologia científica: a construção do conhecimento. 5.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
28. TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. *Revista da AATR*, Bahia, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2015.
29. THOMAS, Jerry R; NELSON, Jack K. Métodos de pesquisa em atividade física. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
30. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. *Pró-Reitoria de Extensão*. Disponível em <http://www.prex.ufc.br/index.php?option=com_content&task=view&id=71&Itemid=92> e <http://www.prex.ufc.br/index.php?option=com_content&task=category§ionid=13&id=46&Itemid=104>. Acesso em: 11 jan. 2016.
31. WHO. Carta de Ottawa, 1986. *Biblioteca Virtual em Saúde/ Ministério da Saúde*. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2015.

APÊNDICE A – QUADRO ELUCIDATIVO DO PROCESSO DE CATEGORIZAÇÃO

Objetivo	Tema	Subtemas	Questões
1. Conhecer a concepção dos mesmos acerca dos temas da Saúde e Saúde Coletiva	1.1 Conceitos	1.1.1 Saúde	1.1.1.1 No seu entendimento, o que é Saúde?
		1.1.2 Saúde Pública/Coletiva	1.1.2.1 O que é Saúde Pública/Coletiva para você?
	1.2 Relação Ed. Física e Saúde	1.2.1 Identificação como área da saúde	1.2.1.1 Para você, a Educação Física pode ser considerada como integrante da área da Saúde? Por quê?
		1.2.2 Importância	1.2.2.1 Como você vê o papel da Educação Física dentro da Saúde?
2. Reconhecer como os assuntos/conteúdos pertinentes ao tema da saúde/saúde coletiva estão sendo desenvolvidos/abordados; 2. Observar quais disciplinas estão sendo identificadas pelos graduandos como voltadas para sua formação em saúde; 2. Identificar que atividades complementares oferecidas na sua formação são identificadas como voltadas para a área da saúde	2.1 Processo formativo	2.1.1 Abordagem	2.1.1.1 Durante a sua formação, os assuntos/conteúdos pertinentes ao tema Saúde foram abordados?
			2.1.1.2 Caso tenham sido abordados, por que meios se deu essa abordagem?
		2.1.2 Projetos	2.1.1.3 Dentro do seu curso de graduação, que disciplinas/atividades com o enfoque na área da Saúde Pública/Coletiva são ofertadas?
			2.1.2.1 O seu curso de graduação oferece a possibilidade de atuar em algum projeto de extensão que tenha caráter de ação dentro da área da Saúde?
3. Investigar como está a percepção dos alunos quanto ao que está sendo ofertado à eles no decorrer de sua graduação 3. Saber se o mesmo se percebem aptos a atuar em programas voltados para a Saúde Coletiva, como por exemplo a Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família.	3.1 Percepções quanto à capacitação	3.1.1 Grade curricular	3.1.1.1 Você acha que a grade curricular oferecida por seu curso dá a devida importância para a área da Saúde?
		3.1.2 Aptidão	3.1.1.2 Caso a resposta seja negativa, o que você acha que poderia ser feito para mudar essa situação?
			3.1.2.1 Você como egresso do curso de Educação Física, se considera apto para atuar em programas/projetos voltados para a Saúde Pública/Coletiva, como a Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por exemplo? Por quê?
		3.1.3 Mudanças para se alcançar o ideal	3.1.3.1 Caso a resposta dada na pergunta anterior tenha sido negativa, o que você acha que poderia ser mudado/acrescentado na sua formação durante a graduação que lhe daria a competência necessária para atuar nesses programas/projetos?
3.1.4 Atuação da ed física na ESF/NASF	3.1.4.1 Se a resposta a 14ª questão for sim, como é a atuação da Educação Física na ESF/NASF?		

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Título do Projeto: Educação Física e Saúde Coletiva: Práticas de uma formação acadêmica.	
Pesquisador(a) Responsável: Andréia Fontenele Sampaio	
Instituição do Pesquisador(a) Responsável: Universidade Federal do Ceará	
Telefones para contato: (085) 997935420 - (085) 996477114	

Nome do voluntário:	
Idade:	Sexo:
R.G.:	Semestre:
Modalidade:	
Licenciatura <input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/>	

O(a) Sr.(^a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Educação Física e Saúde Coletiva: Práticas de uma formação acadêmica”, de responsabilidade do pesquisador(a) Andréia Fontenele Sampaio.

- A presente pesquisa tem o intuito de responder questões sobre a formação acadêmica voltada para a área da saúde/saúde coletiva que é recebida durante a graduação em educação física, tendo como finalidade identificar se os graduandos que estão sendo formados estão aptos para se inserirem/atuarem em um programa de saúde coletiva como a Estratégia Saúde da Família, por exemplo.
- A coleta dos dados se dará por meio de questionário constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito ou assinaladas. O questionário será composto por perguntas abertas e fechadas dicotômicas preenchidos de forma individual ou coletiva em ambiente fechado.
- O preenchimento do questionário não implicará em nenhum risco físico ou uso indevido da imagem do voluntário. A pesquisa implicará em riscos no que diz respeito a possíveis constrangimentos que os participantes poderão apresentar diante de alguma pergunta contida

no questionário adotado. Caso isso aconteça, poderá desistir da pesquisa ou receber orientações adicionais caso queira.

- Espera-se que com os dados obtidos por meio dos questionários possa-se chegar a uma conclusão sobre o assunto gerador da pesquisa e por meio dessa conclusão identificar possibilidades de mudanças que visem melhorar a formação dos futuros graduandos.

- Caso surja algum tipo de dúvida com relação às questões apresentadas ou qualquer outro aspecto do questionário, o voluntário poderá tirar essa dúvida com o pesquisador que estará presente no ambiente para esclarecer estes pontos que eventualmente possam surgir.

- O preenchimento do questionário é de natureza voluntária, não acarretando nenhum tipo de ressarcimento ao voluntário, podendo este retirar seu consentimento a qualquer momento caso julgue necessário.

- Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, o voluntário concede ao pesquisador o direito de usar as respostas dadas por ele na avaliação final e garanti para si a proteção e sigilo da sua identidade e dados pessoais, sendo seu nome substituído por numeração (ex: aluno 1) quando se fizer necessário.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Voluntário.

Assinatura do Pesquisador.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO (TESTE PILOTO)

QUESTIONÁRIO - (TESTE PILOTO)

Nome do voluntário:		
Idade:	Sexo:	Semestre:
Modalidade:		
Licenciatura <input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/>		

1º Para você, a Educação Física pode ser considerada como integrante da área da saúde? Por quê?

2º Durante a sua formação, os assuntos/conteúdos pertinentes ao tema Saúde Coletiva foram abordados?

Sim Não

Cite alguns:

3º Caso tenham sido abordados, por que meios se deu essa abordagem?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disciplinas | <input type="checkbox"/> Eventos |
| <input type="checkbox"/> Projetos de Pesquisa | <input type="checkbox"/> Atividades Complementares (Cursos/Bolsas) |
| <input type="checkbox"/> Estágios | <input type="checkbox"/> Outros |

4º Dentro do seu curso de graduação, que disciplinas com o enfoque na área da Saúde Coletiva são ofertadas?

5° Essas disciplinas são de natureza:

Obrigatórias. Cite-as:

Optativas. Cite-as:

6° Você como graduando, participou ou participa de alguma dessas disciplinas? Quais?

7° O seu curso de graduação oferece a possibilidade de atuar em algum projeto de extensão que tenha caráter de ação dentro da saúde coletiva?

Sim Não Desconheço

8° Se sim, em quais projetos?

9° Você como graduando, participou ou participa de algum desses projetos? Quais?

10° Você acha que a grade curricular oferecida por seu curso dá a devida importância para a área da Saúde Coletiva?

Sim Não Desconheço

11° Caso a resposta seja negativa, o que você acha que poderia ser feito para mudar essa situação?

12° Você conhece algum programa/projeto em que o graduado em Educação Física possa atuar dentro do contexto da Saúde Coletiva?

Sim Não

13° Se sim, em quais programas/projetos?

14° Você como egresso do curso de Educação Física, se considera apto para atuar em programas/projetos voltados para a Saúde Coletiva, como a Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por exemplo? Por quê?

15° Caso a resposta dada na pergunta anterior tenha sido negativa, o que você acha que poderia ser mudado/acrescentado na sua formação durante a graduação que lhe daria a competência necessária para atuar nesses programas/projetos?

16° Se sim, como é a atuação da Educação Física na ESF/NASF?

Obrigada pela participação.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO (VERSÃO FINAL)

QUESTIONÁRIO - (VERSÃO FINAL)

Nome do voluntário:		
Idade:	Sexo:	Semestre:
Modalidade:		
Licenciatura <input type="checkbox"/> Bacharelado <input type="checkbox"/>		

1º Para você, a Educação Física pode ser considerada como integrante da área da Saúde? Por quê?

2º No seu entendimento, o que é Saúde?

3º O que é Saúde Pública/Coletiva para você?

4° Como você vê o papel da Educação Física dentro da Saúde?

5° Durante a sua formação, os assuntos/conteúdos pertinentes ao tema Saúde foram abordados?

Sim Não

Cite alguns:

6° Caso tenham sido abordados, por que meios se deu essa abordagem?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disciplinas | <input type="checkbox"/> Eventos |
| <input type="checkbox"/> Projetos de Pesquisa | <input type="checkbox"/> Atividades Complementares (Cursos/Bolsas) |
| <input type="checkbox"/> Estágios | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

7° Dentro do seu curso de graduação, que disciplinas/atividades com o enfoque na área da Saúde Pública/Coletiva são ofertadas?

8° O seu curso de graduação oferece a possibilidade de atuar em algum projeto de extensão que tenha caráter de ação dentro da área da Saúde?

Sim Não Desconheço

9° Se sim, em quais projetos?

10° Você acha que a grade curricular oferecida por seu curso dá a devida importância para a área da Saúde?

Sim Não Desconheço

11° Caso a resposta seja negativa, o que você acha que poderia ser feito para mudar essa situação?

12° Você conhece algum programa/projeto em que o graduado em Educação Física possa atuar dentro do contexto da Saúde Pública/Coletiva?

Sim Não

13° Se sim, em quais programas/projetos?

14° Você como egresso do curso de Educação Física, se considera apto para atuar em programas/projetos voltados para a Saúde Pública/Coletiva, como a Estratégia Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família, por exemplo? Por quê?

15° Caso a resposta dada na pergunta anterior tenha sido negativa, o que você acha que poderia ser mudado/acrescentado na sua formação durante a graduação que lhe daria a competência necessária para atuar nesses programas/projetos?

16° Se a resposta a 14° questão for sim, como é a atuação da Educação Física na ESF/NASF?

Obrigada pela participação.

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DE PRONTIDÃO PARA ATIVIDADE FÍSICA – PAR-Q

PAR-Q “Physical Activity Readness Questionnaire”

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Profissão: _____

Tel.: _____ Email: _____

Em caso de emergência, avisar: _____

Convênio médico: _____

Modalidade (s) : _____

Casa: _____ Título _____

Questionário de Prontidão para Atividade Física

1 - O seu médico já lhe disse alguma vez que você tem um problema cardíaco?

() SIM () NÃO

2 - Você tem dores no peito com frequência?

() SIM () NÃO

3 - Você desmaia com frequência ou tem episódios importantes de vertigem?

() SIM () NÃO

4 - Algum médico já lhe disse que a sua pressão arterial estava muito alta?

() SIM () NÃO

5 - Algum médico já lhe disse que você tem um problema ósseo ou articular, como, por exemplo, artrite, que se tenha agravado com o exercício ou que possa piorar com ele?

() SIM () NÃO

6 - Existe alguma boa razão física, não mencionada aqui, para que você não siga um programa de atividade física, mesmo que você queira?

() SIM () NÃO

7 - Você tem mais de 65 anos de idade e não está acostumado a exercícios intensos?

() SIM () NÃO

Se alguma resposta for positiva, o frequentador terá que assinar um termo de responsabilidade com os seguintes dizeres: "Estou ciente de que é recomendável conversar com um médico antes de aumentar meu nível atual de atividade física, por ter respondido "sim" a uma ou mais perguntas do Questionário de Prontidão para Atividade Física (PAR-Q). Assumo plena responsabilidade por qualquer atividade física praticada sem o atendimento a essa recomendação".

Declaro a precisão de todas as informações acima fornecidas, comprometendo-me a avisar este departamento em caso de alguma alteração que possa comprometer a prática das atividades físicas recomendadas.

(UF) ____/____/____ _____