



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ANDRÉIA FONTENELE SAMPAIO**

**SAÚDE COLETIVA NAS GRADUAÇÕES EM EDUCAÇÃO FÍSICA: O CENÁRIO  
DAS UNIVERSIDADES DE FORTALEZA-CE SOB A ÓTICA DOCENTE**

**FORTALEZA**

**2019**

ANDRÉIA FONTENELE SAMPAIO

SAÚDE COLETIVA NAS GRADUAÇÕES EM EDUCAÇÃO FÍSICA: O CENÁRIO DAS  
UNIVERSIDADES DE FORTALEZA-CE SOB A ÓTICA DOCENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

S181s Sampaio, Andréia Fontenele.  
Saúde Coletiva nas graduações em Educação Física : O cenário das universidades de Fortaleza-CE sob a  
ótica docente / Andréia Fontenele Sampaio. – 2019.  
171 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno.

1. Saúde Coletiva. 2. Educação Física. 3. Formação profissional. 4. Graduação. 5. Currículo. I. Título.  
CDD 610

---

ANDRÉIA FONTENELE SAMPAIO

SAÚDE COLETIVA NAS GRADUAÇÕES EM EDUCAÇÃO FÍSICA: O CENÁRIO DAS  
UNIVERSIDADES DE FORTALEZA-CE SOB A ÓTICA DOCENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno (Orientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria do Socorro de Sousa  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me proporcionar a oportunidade de ter tido esta experiência profissional e pessoal enriquecedora e que em momentos de dificuldade serviu de apoio e perseverança para eu dar prosseguimento ao Mestrado.

Aos meus familiares, alicerce de minha vida, que dispuseram de paciência e compreensão para entender meus momentos de ausência em virtude de dedicação à pós-graduação e que sem os quais esta jornada não seria possível.

Aos meus amigos pessoais, da Graduação, do Mestrado e da Residência que me deram suporte, por vezes serviram de refúgio, e celebraram cada pequena conquista alcançada durante esta trajetória.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Aos professores Alex Soares Marreiros Ferraz, Léo Barbosa Nepomuceno e Edson Silva Soares, que se colocaram à disposição para me auxiliar tanto no processo de ingresso como durante a realização do Mestrado.

Aos membros da banca examinadora: Prof. Dr. Alex Soares Marreiros Ferraz, Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria do Socorro de Sousa e Prof. Dr. Ricardo Hugo Gonzalez, por disponibilizarem de tempo e atenção para me fornecerem contribuições e orientações relevantes quanto à construção da dissertação.

Ao Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes, que enquanto orientador inicial me concedeu liberdade e confiança para pesquisar sobre um assunto tão caro para mim e para minha categoria profissional, permitindo que eu pudesse de fato redigir uma dissertação que me fosse motivadora e significativa.

E ao meu orientador final, Prof. Dr. Léo Barbosa Nepomuceno, que esteve presente me acompanhando e conduzindo ao longo de todo o mestrado, apontando sugestões e caminhos pertinentes, sendo de grande importância para a elaboração e organização deste estudo.

“Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.” (FOUCAULT, 1996, p. 44).

## RESUMO

Considerando a necessidade de uma intervenção condizente ao que se pensa e se faz hoje na área da saúde em seus diversos âmbitos e lugares, faz-se necessário traçar um olhar atento para a formação inicial do profissional e do professor de Educação Física. O presente estudo teve a finalidade de investigar como está se dando a formação em Saúde Coletiva dentro dos cursos de Graduação em Educação Física das Universidades de Fortaleza-CE. Buscou-se perceber o que os docentes sabem sobre esta área e qual a percepção destes sobre a intervenção em saúde desta categoria profissional, identificar a existência de recursos formativos que trabalhem esta temática na graduação e saber como os docentes percebem a formação inicial que está posta hoje. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo, descritivo e transversal com 17 docentes (UNIFOR (7); UECE (6); UFC (4)). Os mesmos foram selecionados seguindo os critérios de serem graduados em Educação Física, possuírem Pós-Graduação (stricto ou lato sensu) na área da Saúde Coletiva ou similar, estarem ou já terem trabalhado com a temática através de disciplinas, grupos de pesquisa, projetos de extensão ou estágios. Para obtenção das informações realizou-se entrevistas semiestruturadas orientadas por um roteiro prévio composto por nove perguntas-base. A análise das informações foi efetuada mediante o método da Análise de Conteúdo – Análise Categrial, buscando inferir os significados desvelados a partir das falas docentes. Emergiram deste processo diversas categorias e subcategorias, sendo estas organizadas em três grandes temáticas (Conhecimentos e relações entre Educação Física e Saúde Coletiva; Formação em e para a Saúde Coletiva; O atual cenário da formação em Saúde Coletiva – limitações, potencialidades e perspectivas futuras). Como resultados, percebe-se que os docentes possuem conhecimentos condizentes com o que se vem discutindo sobre Saúde Coletiva atualmente e entendem o papel da Educação Física dentro deste contexto. Contudo, a Saúde Coletiva mostra-se como área ainda pouco explorada em alguns dos cursos de Graduação investigados. Apesar destas problemáticas, existe hoje uma movimentação de abertura nestes cursos para a abordagem da temática de forma mais qualificada. Vislumbra-se assim, uma capacitação futura mais adequada para o profissional e professor que irá intervir em saúde, seja com populações diversas e em cenários de prática distintos.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Educação Física. Formação profissional. Graduação. Currículo.

## ABSTRACT

Considering the need for an intervention consistent with what is thought and done today in the area of health in its various areas and places, it is necessary to draw a close look at the initial training of the professional and teacher of Physical Education. This study aimed to investigate how the training in Collective Health is taking place within the Physical Education Undergraduate courses of the Universities of Fortaleza-CE. We sought to understand what teachers know about this area and their perception of health intervention in this professional category, identify the existence of training resources that work on this subject in undergraduate and know how teachers perceive the initial training that is put today. For this, a qualitative, descriptive and cross-sectional study was conducted with 17 teachers (UNIFOR (7); UECE (6); UFC (4)). They were selected according to the criteria of being graduated in Physical Education, have Graduate (stricto or lato sensu) in the area of Collective Health or similar, have been or have already worked with the subject through disciplines, research groups, extension projects or stages. To obtain the information, semi-structured interviews were conducted guided by a previous script composed of nine basic questions. The analysis of the information was made by the method of Content Analysis - Categorical Analysis, seeking to infer the meanings unveiled from the teachers' statements. Several categories and subcategories emerged from this process, which are organized into three major themes (Knowledge and relations between Physical Education and Collective Health; Training in and for Collective Health; The current scenario of training in Collective Health - limitations, potentialities and future perspectives) As a result, it is clear that teachers have knowledge consistent with what has been discussing about Collective Health today and understand the role of Physical Education within this context. However, Collective Health is an area that is still little explored in some of the undergraduate courses investigated. Despite these problems, there is today a movement of openness in these courses to approach the theme in a more qualified way. Thus, it is envisaged a more adequate training for the future professional and teacher who will intervene in health, be it with diverse populations and in different practice scenarios.

Keywords: Collective Health. Physical Education. Professional qualification. University graduate. Curriculum.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Relação entre Educação Física e saúde ao longo do desenvolvimento profissional .....	28
Figura 1 – Unidade de Registro x Unidade de Contexto .....	44
Quadro 2 – Esquematização elucidativa do processo de categorização .....	46
Figura 2 – Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead .....	56
Figura 3 – Esquematização da definição de competência .....	73
Figura 4 – Modelos de organização disciplinar integrada .....	123

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF/PC	Atividades Físicas/ Práticas Corporais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFE	Conselho Federal de Educação
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONFEF	Conselho Federal de Educação Física
CREF	Conselho Regional de Educação Física
CSH	Ciências Sociais e Humanas
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
EF	Educação Física
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PCN's	Parâmetros Curriculares Nacionais
PEF	Profissional de Educação Física
PP	Projeto Pedagógico
P/PEF	Professor/ Profissional de Educação Física
Prof. EF	Professor de Educação Física
SC	Saúde Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	15
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	15
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	15
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
<b>3.1</b>	<b>Educação Física como área do conhecimento e campo profissional</b> .....	16
3.1.1	<i>Área de conhecimento</i> .....	16
3.1.2	<i>Campo profissional</i> .....	17
<b>3.2</b>	<b>Educação Física e saúde</b> .....	20
3.2.1	<i>Saúde Coletiva</i> .....	21
3.2.2	<i>Atividades Físicas/ Práticas Corporais e saúde</i> .....	22
<b>3.3</b>	<b>A Saúde Coletiva na formação do Professor e do Profissional de Educação Física</b> .....	24
3.3.1	<i>O lugar da saúde ao longo da construção profissional da Educação Física</i> .....	24
3.3.2	<i>Processos de formação acadêmica</i> .....	30
3.3.3	<i>A formação em Saúde Coletiva do Professor/Profissional de Educação Física</i> ..	31
3.3.4	<i>Movimentações e perspectivas para uma adequada formação em Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física</i> .....	34
<b>3.3.4.1</b>	<b><i>Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Educação Física</i></b> .....	36
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	38
<b>4.1</b>	<b>Abordagem e tipo de estudo</b> .....	38
<b>4.2</b>	<b>Local do estudo</b> .....	39
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos do estudo</b> .....	40
<b>4.4</b>	<b>Estratégias de construção do material empírico</b> .....	41
<b>4.5</b>	<b>Organização, análise e interpretação do material empírico</b> .....	42
4.5.1	<i>Análise de Conteúdo</i> .....	43
4.5.1.1	<i>Análise Categorical/ Análise Temática</i> .....	43

4.5.2	<i>Etapas do processo de exploração dos dados</i> .....	44
4.6	<b>Procedimentos éticos</b> .....	48
5	<b>ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	50
5.1	<b>Conhecimentos e relações entre Educação Física e Saúde Coletiva</b> .....	50
5.1.1	<i>Conhecimentos gerais sobre a Saúde Coletiva</i> .....	51
5.1.2	<i>Papel da Educação Física na Saúde Coletiva</i> .....	59
5.1.3	<i>Competências profissionais para se intervir na saúde</i> .....	72
5.1.3.1	<b>Competências específicas do Professor e Profissional de Educação Física</b> .....	84
5.2	<b>Formação em e para a Saúde Coletiva</b> .....	92
5.2.1	<i>Conteúdos da Saúde Coletiva a serem abordados na graduação</i> .....	93
5.2.1.1	<b>A abordagem de conteúdos da Saúde Coletiva nas graduações analisadas</b> .....	102
5.2.2	<i>Recursos educacionais utilizados na abordagem da Saúde Coletiva nos cursos de Educação Física</i> .....	103
5.2.2.1	<b>Disciplinas de Saúde</b> .....	104
5.2.2.2	<b>Programas e projetos de extensão em saúde</b> .....	106
5.2.2.3	<b>Grupos de estudo e de pesquisa sobre saúde</b> .....	109
5.2.2.4	<b>Estágios em saúde</b> .....	111
5.2.3	<i>Integralidade do ensino em saúde dentro da matriz curricular</i> .....	114
5.2.4	<i>Integração entre os cursos da saúde</i> .....	120
5.3	<b>O atual cenário da formação em Saúde Coletiva – limitações, potencialidades e perspectivas futuras</b> .....	130
5.3.1	<i>Avaliação da formação em Saúde Coletiva nos cursos de Educação Física</i> .....	131
5.3.2	<i>Principais dificuldades na abordagem da Saúde Coletiva</i> .....	133
5.3.3	<i>Modificações necessárias para o alcance de uma boa formação em Saúde Coletiva</i> .....	140
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	146
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	150
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	166
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (TESTE PILOTO)</b> .....	167

<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO A – ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DE UMA ANÁLISE ....</b>	<b>171</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho aborda os temas Educação Física (EF) e Saúde Coletiva (SC). Propõe-se discutir a formação voltada para a Saúde Coletiva dentro dos cursos de graduação em Educação Física. Trata-se de um estudo ligado ao Mestrado em Saúde Pública, na linha Política, Gestão e Avaliação em Saúde.

As motivações que levaram à realização desta pesquisa emergem desde a minha formação inicial em EF, por meio da qual tive os primeiros contatos com as temáticas da SC e pude perceber o quanto esta área ainda precisa de atenção no contexto da graduação.

Assim como os achados do meu trabalho de conclusão de curso da graduação (onde analisei a formação em SC nos cursos de EF da Universidade Federal do Ceará (UFC)), outros estudos, realizados nas mais diversas localidades do país, apontaram uma ainda incipiente abordagem da área da SC durante o processo formativo do Professor/Profissional de Educação Física (P/PEF). Dentre alguns destes estudos, podemos destacar os de Marcellino e Bonfin (2006), Anjos e Duarte (2009), Brugnerotto e Simões (2009), Chacon-Mikahil, Montagner e Madruga (2009), Hunger e Rossi (2010), Pasquim (2010), Santiago et al. (2015) etc.

Vale a pena ressaltar que estudos deste tipo começaram a ser realizados nos anos 90 e se desenrolaram mais acentuadamente na última década, devido à implementação de legislações como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE): Resoluções nº 01/CNE/2002, nº 02/CNE/2002 e nº 07/CNE/2004 etc. que desencadearam reformulações no Ensino Superior, reordenando o funcionamento de diversos cursos, inclusive, o curso de Educação Física.

Perante tais reformulações, a movimentação na direção de uma discussão acerca da aproximação entre a EF e as temáticas da saúde vem ganhando força. Questões referentes à Saúde Pública e Saúde Coletiva estão cada vez mais presentes nos eventos científicos, publicações em revistas e livros, e debates institucionais da área de EF.

O crescimento de discussões sobre a temática também pode estar associado ao reconhecimento do Profissional de Educação Física (PEF) como um profissional da área da saúde e ao fato deste vir aos poucos ganhando visibilidade no âmbito dos serviços de saúde. Esta dinâmica, além de gerar uma expectativa de inclusão do PEF no Sistema Único de Saúde (SUS), trouxe à tona a necessidade de se pensar a formação em saúde destes profissionais (PASQUIM, 2010).

Além do mais, o conceito de Escolas Promotoras de Saúde surge vislumbrando o ambiente escolar como um solo fértil para o desenvolvimento de ações ligadas a promoção da saúde e prevenção de fatores de risco (SILVA et al., 2019). O Professor de Educação Física (Prof. EF), quando imerso neste loco de atuação, possui papel fundamental como agente de saúde, carecendo ter sua formação repensada de modo a contemplar esta perspectiva de trabalho.

É neste cenário que se justifica a busca por elucidações quanto aos processos formativos do P/PEF que, historicamente, têm sido vinculados ao esporte, à estética e à área educacional. Tais processos necessitam, pois, de reformulações, de modo a melhor capacitar seus discentes para uma atuação ligada e na área da saúde (ANJOS; DUARTE, 2009).

A demanda por professores/profissionais aptos a intervir em saúde se mostra crescente, urge, portanto, que os cursos de graduação em EF voltem seu olhar para este campo emergente e oportunizem a seus discentes a chance de se capacitarem para tal. Estes cursos devem auxiliar na formação de professores/profissionais habilitados para promover mudanças nos estados de saúde-doença das populações, qualificando os discentes para que, por meio de suas diversas possibilidades de intervenção, venham a romper com a lógica de consumo de saúde e promover de fato situações e vivências de saúde.

Considerando o que foi percebido na realidade do curso de Educação Física da UFC e dos registros de outras Instituições de Ensino Superior (IES) distribuídas em todo território nacional, e tendo como motivação o alcance das reformulações necessárias para melhora dos cursos de EF no estado do Ceará, sigo o momento oportuno de realização de estudos relacionados à formação do P/PEF voltados para a área da saúde. Assim sendo, trago como proposta investigativa deste trabalho a análise da formação em Saúde Coletiva ofertada pelos cursos de graduação em EF de três diferentes Universidades de Fortaleza-Ceará, buscando perceber como a temática da Saúde Coletiva é trabalhada ali, na perspectiva dos discursos docentes.

Este trabalho avança diante dos demais já realizados no sentido em que se propõe a investigar um cenário até então não explorado, o que vem a contribuir para uma maior percepção de como tal temática está sendo abordada em território nacional, já que traz dados de mais uma capital para o debate.

Ademais, a pesquisa se dispôs a analisar tal questão desde o olhar docente, fazendo que estes atores do processo formativo pudessem não apenas discorrer sobre suas realidades, mas entrassem num processo de consciência e reflexão sobre as mesmas.

Debate-se sobre os conhecimentos, dificuldades e perspectivas que se desenham para a formação em Saúde Coletiva dos futuros P/PEF, e é pensando na discussão sobre os diferentes contextos que convivem em uma mesma realidade da formação profissional, que convidamos à leitura do presente estudo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar, desde a perspectiva docente, a formação em Saúde Coletiva ofertada nos cursos de graduação em Educação Física de três Universidades de Fortaleza-CE.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Conhecer as concepções dos docentes sobre Saúde Coletiva e o papel da Educação Física na Saúde Coletiva;

- Identificar estratégias e recursos educacionais utilizados nos cursos de graduação para a abordagem do tema da Saúde Coletiva;

- Constatar as percepções dos docentes dos cursos de Educação Física quanto aos limites e possibilidades do processo de formação ofertado no tocante ao tema da Saúde Coletiva.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

Neste capítulo será traçado o caminho que embasa e justifica a realização deste estudo. Para tanto, serão abordados a evolução da EF como área de conhecimento e campo profissional, bem como a sua aproximação com o campo da saúde e o atual cenário nacional referente à formação em Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física.

#### **3.1 Educação Física como área do conhecimento e campo profissional**

Entendendo que a área da EF se configura como um campo rico e diversificado de saberes e estruturas, cabe elucidar como tal núcleo de saber se manifesta como área do conhecimento e campo profissional.

##### *3.1.1 Área de conhecimento*

A EF vem ao longo da História se estruturando como área do conhecimento na medida em que trabalha as Atividades Físicas/ Práticas Corporais (AF/PC) nas mais diversas funcionalidades e perspectivas do fazer humano (ROMÃO et al., 2015). Entendendo que a cultura corporal de movimento, objeto de estudo da EF, é um produto histórico resultante das manifestações sociais, tem-se a ideia de que a área de conhecimento da EF vem se construindo transversalmente a conhecimentos de diversas áreas que, num contexto multidisciplinar, contribuem para a compreensão da AF/PC como forma de expressão sócio-histórico-cultural (SILVA; LIRA; MASCARENHAS, 2017).

Ao passo que a cultura corporal de movimento se configura como objeto de estudo, esta também confere identidade para a área de conhecimento da EF, sendo concebida ao considerar que “não existe uma dimensão não corporal, mas existem atividades que têm no signo não verbal, no gesto significante, seu suporte privilegiado” (BRASILEIRO et al., 2016, p. 1010).

Contudo, quando comparada com outras áreas do conhecimento, tem-se que a área de conhecimentos da EF ainda é incipiente, pois apenas recentemente vem se instituindo de forma sólida em termos de conhecimento formalizado (SILVEIRA; TANI, 2008). A década de 1990 foi de grande importância para a produção teórica da EF brasileira, ao buscar produzir uma identidade da área a partir de saberes que superassem a lógica técnico-biológica que até

então preponderava no saber da EF, e incluir no esteio de suas discussões conhecimentos da ordem social e da produção cultural humana (BRASILEIRO et al., 2016).

Pensando no campo educacional, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), datada de 1996, configura-se como um marco para o reconhecimento da EF como área de conhecimento, pois afirma esta como mais do que mera atividade, dando-lhe status de componente curricular (BRASIL, 1996).

Tem-se que, nos últimos anos, a EF vem crescendo em termos de autonomia na produção de conhecimento, na busca de estabelecer limites e possibilidades no seu campo científico e de atuação (SILVA; LIRA; MASCARENHAS, 2017).

Entendendo que a estruturação da EF como área de conhecimento ainda se mostra recente, principalmente se consideramos a sua pluralidade, polissemia e polimorfia, faz-se necessário um fortalecimento de sua identidade acadêmica no sentido de orientar a “produção, a organização, a disseminação e a aplicação do conhecimento” (SILVEIRA; TANI, 2008, p. 35).

### *3.1.2 Campo profissional*

A EF, na condição de profissão e componente da educação integral, sempre esteve no foco de constantes debates nacionais. Analisando o histórico da área, percebe-se como marcante sua trajetória de constituição/instituição e a sua transição de “ocupação” para “profissão” (ANDRADE FILHO, 2001).

A formação em EF no Brasil (conteúdos, formas pedagógicas e disposições legais), em todo seu percurso, esteve rodeada de reformas curriculares e tendências formativas que buscavam se adaptar aos momentos sociais, educacionais e de mercado de trabalho que se desenrolaram ao longo do tempo (ANDRADE FILHO, 2001; CHAGAS; GARCIA, 2011; CRUZ; SANTOS, 2016).

Nessa medida, o campo de atuação do Profissional de Educação Física (PEF) se ampliou principalmente graças ao fenômeno da “esportivização da sociedade”, que veio a mudar os hábitos de vida da população mundial e brasileira a partir dos anos 1970. As AF/PC começam então a serem vistas sob a perspectiva do lazer, da qualidade de vida e da saúde, proporcionando um aumento considerável da procura destas fora do ambiente educacional formal (BRASIL, 1999).

É neste cenário que se formula a Resolução nº 03/CFE/87 do Conselho Federal de Educação (CFE), que, dentre outras medidas, propõe a separação entre licenciatura e

bacharelado, constituindo, desde aquele momento, dois cursos de graduação em EF distintos. A proposta seria que o licenciado atuasse no ambiente escolar enquanto que o bacharel atuasse nos ambientes não-escolares (BRASIL, 1987).

Percebe-se, nesta época, uma descontrolada e crescente expansão no número de cursos de EF no país, tanto na modalidade licenciatura quanto bacharelado. Ao mesmo passo que cresce o número de Instituições de Ensino Superior (IES) que ofertam tais cursos, cresce também a diversidade de perfis profissionais que adentram o mercado de trabalho. Esta situação é imposta pelos diferentes modelos de formação profissional que visam atender tanto as necessidades locais do mercado de trabalho quanto os interesses dos alunos (CORRÊA et al., 2016).

Com a chegada da década de 1990, inúmeros acontecimentos permeiam a área da EF, dentre os quais podemos citar: a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases - Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996; o reconhecimento pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) da Educação Física como profissão da área da saúde mediante a Resolução nº 218/CNS/1997; a regulamentação da profissão pela Lei nº 9.696, de 1 de setembro de 1998; e a criação do sistema Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) / Conselho Regional de Educação Física (CREF) (HUNGER et al., 2006).

Pensando no reconhecimento do CNS, a EF passa, então, a ser vista como uma área de conhecimento e de intervenção que atua na prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde por meio do trabalho interdisciplinar e multiprofissional (SILVA, 2013).

Ao quebrar o paradigma de profissional ligado somente às áreas do esporte, da aptidão física e da recreação e se mostrar como profissional capaz e habilitado para intervir na promoção da saúde e na prevenção de doenças/agravos, a EF 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 propiciam a incorporação de estilos de vida mais ativos e saudáveis (HUNGER et al., 2006).

O Estatuto do CONFEF (Resolução nº 206/CONFEF/2010) estabelece como atribuições exclusivas do PEF:

Art. 8º - Compete exclusivamente ao Profissional de Educação Física, coordenar, planejar, programar, prescrever, supervisionar, dinamizar, dirigir, organizar, orientar, ensinar, conduzir, treinar, administrar, implantar, implementar, ministrar, analisar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, bem como, prestar serviços de auditoria, consultoria e assessoria, realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas, desportivas e similares (CONFEF, 2010).

O artigo 9 da mesma Resolução aponta que é da competência do P/PEF:

[...] prestar serviços que favoreçam o desenvolvimento da educação e da saúde, contribuindo para a capacitação e/ou restabelecimento de níveis adequados de desempenho e condicionamento fisiocorporal dos seus beneficiários, visando à consecução do bem-estar e da qualidade de vida, da consciência, da expressão e estética do movimento, da prevenção de doenças, de acidentes, de problemas posturais, da compensação de distúrbios funcionais, contribuindo ainda, para consecução da autonomia, da auto-estima, da cooperação, da solidariedade, da integração, da cidadania, das relações sociais e a preservação do meio ambiente, observados os preceitos de responsabilidade, segurança, qualidade técnica e ética no atendimento individual e coletivo (CONFEEF, 2010).

E, ainda sobre os postulados desta Resolução, o artigo 10 estabelece que:

Art. 10 - O Profissional de Educação Física intervém segundo propósitos de prevenção, promoção, proteção, manutenção e reabilitação da saúde, da formação cultural e da reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e da gestão de empreendimentos relacionados às atividades físicas, recreativas e esportivas (CONFEEF, 2010).

Entende-se, desde a leitura destes documentos, que se admite a possibilidade de a EF intervir em saúde. Porém, a associação realizada entre as duas áreas recai quase que unicamente pelo viés da prescrição de exercícios físicos e do benefício biológico que lhes é derivado. Além disso, as orientações postas cabem, em sua maior parte, ao profissional bacharel, deixando o licenciado sem grandes direcionamentos quanto ao que fazer para intervir em saúde.

Independentemente do ambiente de atuação em que o profissional opere, a EF, como um todo, objetiva a (re)habilitação do outro, apoiando-se na subjetividade, condições e hábitos de vida das populações para escutar, examinar e interpretar o que o corpo e a mente dos indivíduos dizem sobre si e sobre suas enfermidades. Não se objetiva, contudo, curar ou higienizar tais moléstias, mas cuidar-lhes e interceder por elas. É função do PEF possibilitar o contato dos indivíduos com suas próprias corporeidades, estimulando-os a mobilizar não somente seus corpos, mas também seus desejos e afetos (SOUSA, 2015).

Percebe-se, então, que vem ocorrendo nos últimos anos na formação em EF uma movimentação para se conseguir abranger o campo da saúde como possibilidade de intervenção profissional, campo de atuação este ainda novo e que vem emergindo apenas recentemente. É pensando nesta atual dinâmica, numa inserção ampliada desse profissional no mundo e numa aproximação com as temáticas da saúde, que se propõe discutir as relações entre EF e saúde que vêm se consolidando nos últimos anos, buscando direcionar o olhar principalmente para a interseção com a Saúde Coletiva (SC).

### 3.2 Educação Física e saúde

A EF é reconhecida como uma das profissões de nível superior integrantes da área da saúde desde 1997, por meio da Resolução nº 218/CNS/1997, tornando-se, a partir de então, mais recorrente a inserção destes profissionais nos serviços de Saúde Pública (BRASIL, 1997a). Além do reconhecimento advindo de tal normativa, a Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal do Ensino Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Educação (CNE) também classificam a EF como uma das profissões da saúde (PASQUIM, 2010).

No entanto, a admissão constitucional da EF pela área da saúde pode ser encarada como tardia, visto que, desde as suas origens, a saúde faz parte de suas relações e intervenções. Médicos e militares foram os principais responsáveis pela vinculação entre estas duas áreas, pois partiram destes as propostas que deram origem aos primeiros cursos de EF (ANJOS; DUARTE, 2009). As instituições médicas e militares contribuíram, assim, para a construção de uma EF baseada, sobretudo, em princípios biológicos, desconsiderando todos os demais contextos sócio-histórico-culturais que acompanhavam a vida e a prática física de seus adeptos. À saúde, então, jaz essa perspectiva biologicista, sendo a EF relacionada a ela no que tange à criação de hábitos higiênicos para o livramento da população de determinadas doenças e ao incentivo das Atividades Físicas como forma de promoção da saúde, meio de eugeniização da raça e educação social para jovens (DEVIDE, 2003).

Percebe-se que, como resquício destas ideias, a formação profissional em EF ainda apresenta discrepâncias quanto aos conceitos, conhecimentos e tendências atuais pertinentes à saúde, necessitando de uma readequação formativa, de modo que tais temáticas passem a ser contempladas (ANJOS; DUARTE, 2009; BACKES et al., 2009).

Diversos estudos e discursos profissionais corroboram para o estabelecimento de uma relação positiva entre as AF/PC e estados de saúde. A ideia central deste vínculo estabelece que, em determinado limiar de frequência, volume e intensidade, as AF/PC, quando associadas a uma boa manutenção dos demais Determinantes Sociais em Saúde (DSS), podem contribuir para a proteção dos indivíduos a determinadas morbidades (BRASIL, 2014; MIRA, 2003; SILVA, 2013).

Além dos benefícios em nível biológico, a EF desempenha um papel de grande importância como ferramenta de educação em saúde, contudo, com uma visão ainda muito ligada à responsabilização do indivíduo, visto que, por meio de suas intervenções, a EF poderia despertar para a preocupação com a saúde, estimulando a adoção de hábitos saudáveis

e estilos de vida ativos, abordagem até certo ponto higienista (DEVIDE, 2003). Apesar de por vezes as relações entre EF e saúde ainda serem percebidas de forma limitada, a saúde pode ser encarada como uma das áreas legitimadoras que fundamentam a criação e a existência da EF, justificando a sua presença nos diversos ambientes e setores da sociedade.

Na escola, a EF se entrelaça com a área da saúde na medida em que promove educação sobre processos de saúde-doença, sensibilização e orientação para o desenvolvimento de estilos de vida mais saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde (SANTANA; COSTA, 2016). Outro fator que respalda a participação do PEF dentro da saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) propriamente dito é a orientação posta pelas novas Políticas da Saúde (DEVIDE, 2003; SOUSA, 2015).

Tais políticas, em seus textos mais recentes, primam por uma ação conjunta e integrada de todas as profissões constituintes da área da saúde, visando proporcionar uma intervenção mais adequada e completa, e se valendo das AF/PC para tanto (SOUSA, 2015). Por esta lógica de pensamento são notórios princípios do conceito ampliado de saúde e da Saúde Coletiva, o que nos leva a compreender que a atuação do PEF nas intervenções em saúde deve estar em conformidade com tais configurações do conceito.

### *3.2.1 Saúde Coletiva*

O conceito ampliado de saúde, que foi largamente discutido no Brasil durante o movimento da Reforma Sanitária, trouxe consigo uma transformação no modo de ver e pensar a saúde, os seus agentes e o modo de se trabalhá-la. Partindo deste novo entendimento, procura-se compreender o processo saúde-doença dos indivíduos e populações sob uma óptica sobretudo social, indo além de uma concepção puramente epidemiológica/ biológica (NUNES, 1994; PALMA, 2000).

A ideia é que, para entendermos o estado de saúde-doença, temos de considerar tanto o indivíduo em si como todo o contexto social e coletivo onde ele se encontra, visto que estes influenciam direta ou indiretamente o processo, sendo a base do que denominamos Saúde Coletiva (NUNES, 1994; PALMA, 2000).

Sobre o objeto de estudo da Saúde Coletiva, Paim (1982 apud PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p.309) apontam que:

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das

práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar desse objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações.

No mesmo trabalho, Paim e Almeida Filho (1998, p. 308) definem a Saúde Coletiva como:

campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto 'saúde' e onde operam distintas disciplinas que o contemplam sob vários ângulos; e como âmbito de práticas, onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como "setor saúde".

O pensamento difundido na Saúde Coletiva é o de que, para compreendermos o processo que rege a situação de saúde ou doença de uma dada sociedade, se faz necessário considerar tanto a realidade biológica como a realidade sócio-histórico-cultural dos indivíduos. 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. Desta maneira, entende-se que a responsabilidade de manutenção dos estados de saúde-doença de um indivíduo não compete somente a si, mas igualmente ao conjunto de situações e fatores condicionantes e determinantes que se manifestam no plano individual e coletivo (CAMPOS, 2000).

Sob a égide da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que, em seu artigo 3º, reconhece a saúde como sendo influenciada por determinantes e condicionantes, a Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, reconhece, em seu texto, as Atividades Físicas como um dos fatores determinantes e condicionantes do estado de saúde das populações conjuntamente aos demais até então já enunciados (alimentação, moradia, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, etc.) (BRASIL, 1990, 2013a).

### *3.2.2 Atividades Físicas/ Práticas Corporais e saúde*

Seguindo este pensamento, as AF/PC passam a serem encaradas como modalidades de ações em saúde, sendo tratadas por políticas balizadoras da saúde no cenário nacional como uma das categorias de intervenções prioritárias (HUNGER et al., 2006; SOUSA, 2015).

Por via de suas práticas, a EF exerce um papel fundamental na prevenção, controle e tratamento de doenças e na promoção e manutenção da saúde. Uma das justificativas que asseguram a inclusão da EF na área da saúde é o fato de que a principal

causa epidemiológica da morbidade e mortalidade da população mundial está mudando (BRASIL, 2014).

Já no início do século XX, pode-se perceber a transição da etiologia das causas de morte deixando de ser associadas às Doenças Infectocontagiosas e passando a ser boa parte devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) ou Doenças Coronarianas. Tais doenças podem ser prevenidas, controladas e tratadas com o auxílio da prática regular de AF/PC quando associadas à adequada manutenção dos demais determinantes e condicionantes da saúde (FLORINDO; HALLAL, 2011; SANTOSA; BYASS, 2016).

Os efeitos biológicos preventivos advindos da prática de AF/PC podem ser percebidos em diversas partes, funções e componentes corporais. Dentre os locais onde esta influência pode ser estabelecida, podemos citar: o sistema imunológico, a função cognitiva e o cérebro, o sistema nervoso, a massa óssea, os mecanismos sensoriais e perceptivos, as taxas metabólicas etc.. (BRASIL, 2014; MIRA, 2003).

Ainda no contexto biológico, além da prevenção e tratamento de doenças, a AF/PC proporciona uma otimização das capacidades funcionais do organismo e das valências físicas, promove maior capacidade de trabalho, estimula a sensação de bem-estar e promove autoconfiança. Por outro lado, propicia uma interação social, ao aproximar seus praticantes do meio em que estão inseridos e dos outros indivíduos inclusos na prática, promovendo a conscientização da responsabilidade individual e coletiva sobre o estado de saúde (MAIA et al., 2013; SILVA, 2013).

Ou seja, cabe ao P/PEF desenvolver ações que propiciem uma melhor qualidade de vida, a redução dos casos de agravos e de DCNTs e, a partir disso, reduzir o consumo de medicamentos por meio das AF/PC. Também é de sua responsabilidade proporcionar situações em que sejam oportunizadas vivências/momentos que levem em consideração não apenas os aspectos físicos, mas também as dimensões psicológicas e sociais dos indivíduos participantes da sua intervenção. Procura-se, assim, atingir o ser em todos os seus aspectos, considerando-o como único e, ao mesmo tempo, como parte de um todo (BRASIL, 2014).

Deste modo, podemos perceber a existência de inter-relações, interações, retroações recíprocas e complexas entre as AF/PC e a saúde. Entretanto, não podemos estabelecer uma relação de causa/efeito entre estas variáveis, visto que existem outros fatores que permeiam esta relação. Estes outros fatores que influenciam os processos de saúde individual e coletiva podem ser de ordem social e devem ser considerados como parte importante da relação, influenciando os efeitos advindos das AF/PC, os hábitos e estilos de vida e o alcance de um estado de saúde almejado (DEVIDE, 2003; MIRA, 2003).

### **3.3 A Saúde Coletiva na formação do Professor e do Profissional de Educação Física**

Diante deste novo campo de conhecimento e atuação que se abre para a EF, torna-se imprescindível a discussão sobre estas temáticas em relação aos cursos de graduação. Os processos de formação se estruturaram, ao longo do tempo, tendo por base o contexto sócio-histórico-cultural e de mercado de trabalho como pano de fundo, e é seguindo esta lógica que os cursos devem atentar para a inclusão da SC como campo formativo.

#### *3.3.1 O lugar da saúde ao longo da construção profissional da Educação Física*

A área da saúde sempre esteve presente na constituição e afirmação da EF como campo de saber e prática profissional. Entretanto, é possível visualizar que, no decorrer de determinados espaços temporais, a saúde se configura com características e funções distintas.

Os primeiros registros de institucionalização da EF no cenário brasileiro datam do período Imperial, época em que leis e decretos passam a legislar sobre a Educação Física e Desportos. Em seu escopo, a EF primava pela educação do físico e da saúde corporal, valendo-se principalmente dos métodos ginásticos europeus para o alcance deste objetivo (CRUZ; SANTOS, 2016). Durante o final do período Imperial e início da Primeira República, houve a preconização de normas e hábitos que aprimorariam os níveis econômicos e de saúde da população, hábitos estes muitas vezes vinculados à prática de exercícios físicos, fazendo, assim, da EF um agente de saneamento público (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2005; SILVA, 2012a).

Esperava-se o desenvolvimento de um novo padrão de homem, em que este deveria ser mais forte, ágil e saudável, estando apto às novas exigências do mercado de trabalho. A EF se consolidou e foi reconhecida, então, como meio eficaz para a obtenção deste homem. Diante deste papel, a EF, que naquela época ainda era chamada de “ginástica”, esteve bastante ligada às instituições militares e médicas, onde ganhou status e se estabeleceu como área educacional (CHAGAS; GARCIA, 2011; CRUZ; SANTOS, 2016).

A escola se configura, por conseguinte, como um dos principais locais de intervenção deste profissional, responsável então por doutrinar a população a possuir hábitos e comportamentos saudáveis desde jovem. Os conteúdos pedagógicos da época se mostram influenciados por conhecimentos biológicos médico-higienistas, e os exercícios físicos

passam a fazer parte dos currículos obrigatórios, figurando em novas propostas educacionais e adaptações de práticas (CRUZ; SANTOS, 2016; SILVA, 2012a).

Questões como esta serviram para dar início ao processo de estruturação da área que, ainda no início do século XX, se caracterizava como um campo profissional novo em busca de identidade e legitimidade. Assim sendo, percebe-se uma apropriação por parte da EF dos ideais higienistas como forma de se firmar como campo profissional e de conhecimento, atestando sua importância e utilidade para a sociedade (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2005).

De fato, nesses anos iniciais de desenvolvimento, a EF se mostrou dependente em relação à cultura médica e biológica, e foram tais saberes que auxiliaram no avanço dos conhecimentos específicos da área e na criação de uma identidade própria (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.; GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2005; SILVA, 2012a).

Durante o Governo Vargas, a EF ganha ares militares, sendo responsável por preparar os jovens saudáveis para a guerra e para a defesa da Pátria (CHAGAS; GARCIA, 2011; CRUZ; SANTOS, 2016). Além do cunho de preparação para o combate, a EF também foi utilizada como meio para a preparação, manutenção e recuperação da força de trabalho, incumbência que se justificava devido ao processo de industrialização que se dava no país, sob a égide do qual os trabalhadores deveriam estar aptos fisicamente para a jornada de trabalho (SILVA, 2012b).

Percebemos, então, que, com relação à associação entre EF e saúde, tal período mantém uma conexão entre estes dois campos de forma mais velada quando comparado ao período anterior, visto que o enfoque principal da época tende a ser outro. Certamente, tal fato veio a contribuir para o início de um afastamento entre as áreas, fazendo que a EF passasse a ser mais justificada para outros fins do que propriamente para a manutenção da saúde pública propriamente dita.

Com o fim da II Guerra Mundial, sob influência do liberalismo americano, a ideia central gira em torno do estabelecimento de uma concepção de EF que a reconhecesse não somente como uma prática promotora de saúde ou de adestramento da população, mas também que a caracterizasse, acima de tudo, como uma prática educativa (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.). Esta movimentação de pensamento contribuiu para que a prática da EF e a postura dos professores se desprendessem aos poucos dos ideais higienistas e militaristas até então vivenciados, reformulando os métodos mecânicos utilizados na realização de exercícios.

Programas de exercícios físicos e de formação de atletas começam a serem implantados nacionalmente, sob influência do modelo americano de EF, influência que também contribuiu para uma absorção, pela população brasileira a partir da década de 1960,

de uma movimentação de culto ao corpo de forma consumista (CHAGAS; GARCIA, 2011; SILVA, 2012b).

Buscava-se, com estes exercícios, o desenvolvimento de habilidades que contribuíssem para a manutenção da saúde física e mental de seus praticantes, ao estimular gincanas, desfiles, torneios e outras práticas festivas para tanto. Além desta finalidade, o intuito da realização de AF/PC também recai sob o aproveitamento das horas livres, o lazer, o desenvolvimento de controle emocional e liderança, bem como a formação do caráter e do bom cidadão (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

No tocante à saúde, a EF a inclui, neste contexto, como um dos conteúdos discutidos de forma teórica nas suas aulas, sendo abordados assuntos como alimentação saudável, higiene, primeiros socorros, prevenção de doenças etc.. No entanto, a concepção de saúde utilizada ainda possuía o cunho de responsabilização individual, deixando de discutir os condicionantes e determinantes da saúde sob a perspectiva da Saúde Coletiva (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

Percebe-se, com isso, uma movimentação de evolução da área durante as décadas de 1940 a 1960 no que compete à discussão teórico-educacional sobre saúde, ampliando levemente o discurso quando comparado a períodos anteriores. Contudo, a ditadura militar e o culto ao esporte como rendimento e espetáculo fizeram que a área retornasse à lógica biologicista tão combatida neste período (HUNGER et al., 2006).

Nesse novo contexto esportivista, as ideias biologicistas retornam ao seio da EF atreladas às descobertas das áreas de Fisiologia e Biomecânica. Questões educacionais, afetivas e sociais são deixadas de lado e o enfoque recai somente no treinamento, no rendimento e no aprimoramento de técnicas e habilidades (CRUZ; SANTOS, 2016).

Além da perspectiva de treinamento de atletas, estas atividades também eram desenvolvidas visando ao condicionamento físico dos trabalhadores. Este quadro levou a área a ser reconhecida e valorizada pelo setor trabalhista, o que colaborou para a idealização de possíveis políticas nacionais para a área. A justificativa se dava no entendimento de que a realização de exercícios físicos contribuiria para a melhora da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores, aumentando, conseqüentemente, seu rendimento produtivo (CHAGAS; GARCIA, 2011; REI; LÜDORF, 2012).

Apesar dos avanços acadêmico-práticos, surge, na década de 1980, um momento de crise de identidade entre os profissionais e pesquisadores da área. Esta crise estava fundamentada em questionamentos acerca do papel social da EF, de qual seria o seu objeto de estudo, seus pressupostos teóricos e seu status profissional, sendo utilizados conhecimentos

das Ciências Exatas, Humanas e Biológicas para se chegar às respostas almeçadas, muitas vezes prevalecendo os conhecimentos desta última (HUNGER et al., 2006; REI; LÜDORF, 2012).

A saúde passa a constituir tema recorrente nos discursos da EF, principalmente as questões sobre a saúde física, tão embasadas nos conhecimentos fisiológicos. Sob o enfoque econômico, desencadeou-se uma dinâmica que recebeu o nome de “Movimento da Saúde”, cuja mensagem difundida era a de incentivo das AF/PC como mecanismos de melhora da saúde da população, embora o objetivo final desta organização fosse uma redução dos gastos do governo com o setor. Ademais, este movimento ordenou-se baseado em problemas particulares de saúde, deixando as problemáticas sociais em segundo plano e caracterizando as AF/PC como medidas individuais e privadas de saúde (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

Com a atenuação da Ditadura Militar durante a década de 1980, diversos movimentos populares surgem e se fazem ouvir. Esta movimentação originou-se no meio público ao longo do século XX, indo contra as ideias difundidas pelas tendências dominantes e configurando-se como uma concepção autônoma, progressista e renovadora da EF (CHAGAS; SILVA; PINHEIRO, 2015).

A EF passa a ser vista como algo de todos e para todos, ampliando-se de uma área estritamente voltada para questões biológicas para abranger temas pertinentes aos aspectos sociais, psicológicos, cognitivos e afetivos no âmbito de suas discussões. Assim sendo, tópicos da realidade social se configuram agora como objetos intimamente ligados à AF/PC, em que o praticante é visto como um ser integral, e não mais como um ser duo, dividido entre corpo e mente (CHAGAS; SILVA; PINHEIRO, 2015; CRUZ; SANTOS, 2016).

Entra-se, daí, em um processo de reconstrução estrutural da EF, seja ao nível curricular, conteudístico ou ideológico. Prossegue-se em uma movimentação de ampliação de conteúdos, percebendo o corpo e suas manifestações corporais dentro da cultura vivenciada (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

Neste contexto, percebe-se que a saúde pública, per se, não se caracteriza como uma das preocupações da EF, visto que, para isto, deveria discutir casos do âmbito econômico-social-político que iriam além de seus propósitos. No entanto, tal período foi marcado por grandes avanços para o setor saúde, como a organização do Movimento Sanitário; a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que veio a se desenhar como base das ideias postas no artigo 196 da Constituição Federal (referente ao setor saúde); a ampliação do conceito de saúde etc.. (CRUZ; SANTOS, 2016).

Deste modo, a EF engloba a saúde nas suas intervenções, à medida que aborda assuntos como sedentarismo, combate às drogas, doenças sexualmente transmissíveis e primeiros socorros. Reforça-se a ideia de que a prática de AF/PC por si só não seria o suficiente para se alcançarem estados de saúde, o que leva a área a repensar seu papel como produtora e mantenedora da saúde (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

Assim como com relação à saúde, a EF também começa a se questionar sobre outros temas pertinentes à área, entrando num fluxo de crise epistemológica. Tal momento crítico-reflexivo faz surgir o que denominamos abordagens da EF, que são marcadas por novas teorias, proposições e especificidades para a área (CHAGAS; SILVA; PINHEIRO, 2015).

Desde esse momento, a EF vem passando a correlacionar-se formalmente à saúde de forma mais ampla, buscando considerar os aspectos sócio-histórico-culturais nas discussões sobre saúde-doença. Apesar dos avanços relativos à ideia de que a AF/PC por si só não é capaz de garantir estados de saúde definitivos e das concepções que já progridem em direção aos princípios da SC, percebe-se ainda uma lacuna com relação a temas como cuidados individuais e coletivos, humanização etc. (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

Tendo por base os fundamentos teóricos e conceituais que acompanharam a EF ao longo deste processo, propõe-se o quadro esquemático abaixo (Quadro 1), que relaciona o tema saúde ao desenvolvimento do campo profissional da EF:

Quadro 1 – Relação entre Educação Física e saúde ao longo do desenvolvimento profissional  
(Continua)

Período	Relação entre EF e saúde
1889 – 1930	Tinha-se que a EF deveria contribuir para a assepsia social, imputando aos indivíduos a preocupação com a limpeza corporal. As aulas eram eminentemente práticas, e os temas relacionados à saúde eram abordados indiretamente sob uma perspectiva biologicista e individualista de saúde.
1930 – 1945	A relação entre estas duas áreas se estabelecia na ideia de que a EF deveria preparar os jovens saudáveis para a participação em futuras guerras por meio de exercícios físicos. As aulas e formas de abordagem da saúde assemelham-se ao período anterior.

Quadro 1 – Relação entre Educação Física e saúde ao longo do desenvolvimento profissional

(Continuação)

Período	Relação entre EF e saúde
1945 – 1964	Começa-se a estabelecerem-se discussões teóricas sobre as temáticas da saúde, tendo como temas de abordagem: prevenção de doenças e alimentação saudável, primeiros socorros, higiene, dentre outros. Contudo, ainda permanecia uma visão individualista da saúde.
1964 – 1985	O foco da EF é a formação de atletas saudáveis, tendo por base os conhecimentos advindos da fisiologia e do treinamento esportivo. As aulas e abordagens da saúde retornam para a configuração presente nos períodos iniciais de desenvolvimento da profissão.
1985 – atualmente	Estabelecimento de discussões teóricas sobre saúde a partir de temas como infecções sexualmente transmissíveis, sedentarismo, combate às drogas, primeiros socorros, dentre outros. Quebra da visão unicamente biológica e de causa-efeito entre as AF/PC e a saúde. Crise epistemológica da EF, que leva a uma reflexão sobre seu papel de promotora da saúde. Novas discussões e modos de se trabalhar a saúde.

Fonte: Elaboração própria (2019).

Como se pode notar, os objetivos e propostas de intervenção sobre a saúde que permearam a construção da EF como área de conhecimento e formação se modificaram ao longo do tempo. Decerto, todas elas deixaram resquícios e influenciam direta ou indiretamente a área como a temos hoje, e conseqüentemente, o tipo de profissional que formamos (CRUZ; SANTOS, 2016).

Apesar de todas as diferenças de características que foram evidenciadas ao longo do tempo, torna-se notório o fato de a EF e suas intervenções sempre estarem, de algum modo, relacionadas com o setor saúde, principalmente as AF/PC, que em todos os momentos foram tratadas como ferramentas de alcance e manutenção da saúde individual (CRUZ; SANTOS, 2016).

A relação entre a AF/PC e a saúde vivenciada no processo de desenvolvimento da profissão pode ser classificada em duas vertentes: uma que trabalha a EF sob a óptica da “produção” de saúde, e outra que a encara como preventiva aos problemas de saúde. Ambas as vertentes se mostram reducionistas ao encararem a prática de AF/PC como variável única e

absoluta para o alcance de um bom estado de saúde. Ademais, responsabilizam o indivíduo pela realização de AF/PC que venham a contribuir para sua conquista de saúde, culpabilizando o indivíduo quando este não corresponde aos padrões esperados (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

Na atualidade, com a inserção da EF na área da saúde, faz-se necessária a incorporação dos conceitos pertinentes à saúde pela EF, mas não a saúde focada no indivíduo e que encara o processo de saúde-doença sob uma abordagem biologicista, pois esta já acompanhou a EF ao longo de toda a sua história. Torna-se necessária a apropriação dos temas da saúde sob a óptica social e coletiva, que a reconheça como resultado de diversos determinantes e condicionantes, inclusive a própria EF e suas práticas (FERREIRA; SAMPAIO, s/d.).

### *3.3.2 Processos de formação acadêmica*

Quando se pensa em processos educativos, espera-se que estes sejam capazes de formar pessoas que pensem e contestem a própria realidade. Prima-se por uma educação que possibilite às pessoas buscarem entender a natureza e a sociedade de forma crítica e autônoma e que se engajem na árdua tarefa de mudança dos padrões sociais que não estejam de acordo com o esperado para o bom convívio coletivo (COÊLHO; GUIMARÃES, 2012). Ao se ter em mente a formação acadêmica, prima-se para que o processo de aprendizagem se dê de forma coletiva e integrativa, indo contra a formação acelerada e focada tão somente na instrumentalização de profissionais. Almeja-se, sim, uma formação atenta às realidades e necessidades dos ambientes formativos e que busque a construção de um modelo de formação próprio que possa sanar eventuais lacunas (OLIVEIRA et al., 2016).

É de se buscar que o processo formativo possibilite ao aluno a busca pelo conhecimento, despertando neste a curiosidade e interesse por seus objetos de estudo de forma crítica e exploratória, permitindo que todos possuam voz ativa na construção de sua formação (OLIVEIRA et al., 2016). Isso porque a condição humana deve ser o enfoque dos novos modelos educacionais. Nestes, o homem é abordado e questionado em diferentes planos como, por exemplo, os planos biológico, físico, psíquico, histórico, social e cultural. O ensino não deve basear-se na lógica determinística, mas sim fornecer ferramentas que possibilitem o enfrentamento de situações diversas mediante a aquisição de novos conhecimentos (SILVA; CUNHA, 2002).

Cabe à Universidade adaptar-se a este novo padrão de trabalhador que se mostra necessário, tendo aquela um papel ampliado, assumido no seu processo educacional de mobilizar conhecimentos sobre a formação profissional, mas também envolvendo conhecimentos referentes ao convívio social e desenvolvimento pessoal de seus educandos (SILVA; CUNHA, 2002).

Espera-se que o ensino seja capaz de formar profissionais que usem o conhecimento e as informações de forma eficaz para suprir as novas demandas da sociedade e do seu campo de trabalho. Visando a esses propósitos, a Universidade deve estar preparada para introduzir seu educando em situações reais de prática profissional, visto que a interação do futuro trabalhador com seu ambiente de ofício durante a graduação permite o desenvolvimento de competências, conhecimentos e saberes pertinentes (ALMEIDA, 2003; SILVA; CUNHA, 2002). Sob esta lógica, a educação deve ser mais que mera transmissão de conhecimentos, mediante o estabelecimento de participação ativa durante todo o processo educacional de alunos e professores, em que o conhecimento seja fruto das interações e do compartilhamento de vivências entre seus atores (CHIESA et al., 2007; LOCH; FLORINDO, 2012).

Pensando no aumento das possibilidades de inserção do PEF na saúde pública, na necessidade de se trabalhar saúde na escola e no reconhecimento das AF/PC como objetos importantes de intervenção na saúde das pessoas (PASQUIM, 2010), o processo de formação do P/PEF deve atentar para fornecer o escopo teórico-conceitual-prático relacionado à saúde, fundamentando-se nos princípios da SC, de modo a capacitar adequadamente o profissional que trabalhará com este viés.

### *3.3.3 A formação em Saúde Coletiva do Professor/Profissional de Educação Física*

A Resolução nº 350/CNS/2005, do CNS, prega que a abertura e reconhecimento de novos cursos da área da saúde sejam efetivados somente com a concessão do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, a abertura de novos cursos de EF não vem passando pela avaliação do CNS, o que os negligencia em relação à avaliação de critérios políticos pedagógicos, de relevância social, de estrutura formativa e necessidades do mercado de trabalho, além de deixar de ser verificados, ainda, os postulados das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (BRASIL, 2005).

Esta falta de fiscalização colabora para a manutenção da formação em EF regida por duas grandes áreas, a educação, direcionada ao licenciado, e o treinamento, dirigida ao

bacharel. A separação das formações nestes polos, dificilmente organizados de forma a interagirem entre si, e a ausência de uma área destinada aos temas da saúde e da SC propriamente dita, colaboram para uma graduação que não favorece a formação e prática integral a seus concludentes (PASQUIM, 2010).

A imagem passada para a sociedade, e que reflete no imaginário dos alunos que ingressam no curso, é justamente a representação de um curso que vincula a EF e a área da saúde somente com base em aspectos biológicos. Este estigma acaba por dificultar a percepção do campo de interação entre a EF e as demais áreas de conhecimento que a compõem, dentre elas, a área da SC, conforme apontam estudos realizados em distintas IES, que indicam a presença de uma formação inadequada dos cursos de EF quando enfocada tal temática (PAIVA; ANDRADE FILHO; FIGUEIREDO, 2006).

Por demasiadas vezes, a formação ofertada nos cursos de graduação em EF não dá conta de fornecer o escopo teórico-conceitual-prático para que seus formandos intervenham de modo satisfatório no campo de trabalho da saúde, seguindo as diretrizes de atuação colocadas. Isso se dá pelo fato de que, em geral, as questões relacionadas à SC e ao modo de operacionalização do trabalho são pouco abordadas durante tal processo formativo (LOCH; FLORINDO, 2012). Por certo, isto reflete no modo como as outras áreas da saúde enxergam a formação inicial em EF que, mesmo com as mudanças ocorridas nos últimos anos, ainda é vista como uma formação inadequada/insuficiente para atuação no contexto da atenção à saúde (LOCH; FLORINDO, 2012).

Como já enunciado anteriormente, a formação do PEF ainda tende a atender as consagradas áreas de intervenção técnico-desportivas e pedagógicas. Os conhecimentos abordados nestes cursos propendem a ser de ordem biológica, desconsiderando ou diminuindo os temas de cunho das ciências humanas. Além desta propensão, os conteúdos ainda são abordados de forma fragmentada e descontextualizada das realidades de intervenção deste profissional (CHIESA et al., 2007; CORRÊA; CASATE, 2012).

Nestes cursos, as disciplinas ofertadas voltam-se para a abordagem curativa e prescritiva da saúde, sendo os temas próprios da SC, que tratam de aspectos sociais, na maioria das vezes, desconsiderados pelas IES como conteúdos a serem tratados na formação do P/PEF (ANJOS; DUARTE, 2009).

A ideia muitas das vezes difundida é a de que a realização de AF/PC por si só seria o suficiente para tornar um indivíduo saudável, sendo utilizada a perspectiva de causa-efeito no enlace desta relação e desconsiderando todos os demais determinantes e condicionantes do estado de saúde das populações. Entretanto, devemos ter em mente que a

inclusão de AF/PC na rotina das populações não é o suficiente para a prevenção ou solução dos seus problemas de saúde (DEVIDE, 2003; MIRA, 2003).

Podemos depreender deste quadro que a visão hegemônica da EF, ligada às correntes conservadoras da área, considera o tema saúde dentro da formação apenas no tocante aos aspectos biológicos das AF/PC. Conhecimentos pertencentes a outras esferas que perpassam o processo das AF/PC são totalmente ou quase que completamente desconsiderados neste campo de discussão, deixando de compreender o fenômeno da EF ligada à saúde por completo (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003). A maioria dos estudos que dizem relacionar EF e saúde são conduzidos de forma a vincularem estas duas áreas sob o prisma do gasto energético. Seus postulados quase sempre trazem a ideia de que a prática de AF/PC contribui para o aumento do gasto de energia e este, por conseguinte, favorece positivamente os estados de saúde. Tal ideário pode ser admitido como verdade, porém, a crítica é possibilitada pelo fato de estes reduzirem a contribuição da EF para a saúde somente sobre este aspecto (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003; PASQUIM, 2010).

Outros pontos bastante abordados por estudos da área dizem respeito ao estabelecimento de fatores de riscos (comportamentos, situações ou produtos) a serem evitados e a formulação de ações que venha a aumentar a adesão e aderência a programas de AF/PC, com vista a auxiliar o alcance da saúde e normalizar determinadas taxas corporais (PASQUIM, 2010).

Com base nestas percepções, podemos concluir que a EF em suas discussões ainda prioriza a doença ao invés da saúde, seja sob o enfoque da cura ou da prevenção. Esta relação se torna clara ao analisarmos as disciplinas voltadas para a saúde que são ofertadas nos currículos, tais como: Socorros de urgência/ primeiros socorros ou Atividade física para grupos especiais, que, além de focalizarem no agravo, ainda recebem um cunho de prescrição direcionada para sujeitos já enfermos (ANJOS; DUARTE, 2009).

Esta associação colabora para a responsabilização dos indivíduos por seus estados de saúde-doença, atribuindo a seus comportamentos e hábitos a culpa única de suas doenças e agravos. Deste modo, a promoção da saúde difundida nos cursos de formação em EF é direcionada para o disciplinamento e controle da vida social (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003; PASQUIM, 2010).

A minimização do conceito de saúde promovida nas graduações em EF encara esta apenas com base em princípios biológicos e em estatísticas de estudos epidemiológicos, amparando-a nas relações deterministas de causa-efeito. Desta forma, é desconsiderada a

contribuição de diferentes áreas e saberes para a compreensão dos fenômenos que cercam o estado de saúde-doença. Questões sociais, históricas, culturais, econômicas, políticas e de outras ordens devem ser entendidas como sendo tão importantes quanto os aspectos biológicos para a compreensão integral do que é a saúde (DEVIDE, 2003; MIRA, 2003).

Ao encararmos a saúde como uma resultante de todas estas questões, poderemos ver a EF e suas práticas em toda sua potencialidade dentro deste contexto, uma vez que execução de AF/PC não deve ser encarada como algo obrigatório e necessário para o alcance da saúde, mas como algo prazeroso e multivariado que, em meio a outros fatores, pode facilitar este alcance (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

O enfoque majoritariamente biologicista, curativo e desarticulado das práticas em saúde que é trabalhado durante a formação inicial do PEF é conivente com um despreparo do profissional que atuará no campo da promoção da saúde. Caso os cursos de graduação não atentem para as mudanças necessárias com relação às novas visões e ações em saúde, o P/PEF não conseguirá interferir de modo adequado no processo saúde-doença dos indivíduos e populações com os quais se propõe trabalhar (ANJOS; DUARTE, 2009).

Entretanto, tais dificuldades não se restringem à formação do P/PEF, outros cursos da área da saúde também apresentam adversidades. Existe um baixo investimento para a formação inicial que dê conta dos escopos necessários para uma adequada atuação relacionada à área da SC. É imprescindível que profissionais com outros perfis sejam formados para atuar de acordo com as exigências postas no atual contexto de saúde, principalmente quando falamos sobre questões como humanização do cuidado em saúde, educação em saúde, cuidado integral, promoção da saúde, dimensão subjetiva e social dos indivíduos etc. (CORRÊA; CASATE, 2012).

#### *3.3.4 Movimentações e perspectivas para uma adequada formação em Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física*

Como profissão integrante da área da saúde, a EF deve formar profissionais embasados no conceito de saúde ampliada e preparados para intervir em saúde nos seus respectivos ambientes de trabalho.

Pensando no profissional bacharel, prima-se por uma formação voltada para a atuação em equipes multiprofissionais, de acordo com as tendências formativas almeçadas e visando a uma transformação da realidade da saúde pública nacional. Para isso, este deve

pensar a saúde para além do seu campo disciplinar, dialogando com as demais profissões para alcançar uma maior resolutividade das problemáticas apresentadas (SOUSA, 2015).

Já para o licenciado, a graduação deve possibilitar a aquisição de ferramentas que facilitem o trabalho de promoção e educação em saúde nos ambientes escolares. O manejo de atividades físicas e educacionais deve viabilizar que crianças e adolescentes desenvolvam hábitos saudáveis e estilos de vida ativos, estimulando que tais conhecimentos e práticas sejam vivenciados ao longo da vida. Visando a esse propósito, o Prof. EF deve ser instruído, desde a graduação, a uma aproximação com temáticas referentes à saúde/SC, para que possa trabalhá-las satisfatoriamente na sua sala de aula (ORFEI; TAVARES, 2009).

Como profissional e professor engajados com a saúde, os P/PEF devem, portanto, ter suas formações repensadas e reelaboradas, visto que o processo formativo tradicional que vêm recebendo nos últimos anos não fornece o escopo teórico-conceitual-prático necessário para uma intervenção adequada neste campo (ANJOS; DUARTE, 2009).

Tal ideário é algo que já vem sendo percebido e discutido desde a década de 1980, quando novos conceitos e pensamentos sobre a área da saúde ganharam destaque no âmbito do movimento da Reforma Sanitária. As principais mudanças dizem respeito à própria concepção de saúde que deve ser abordada nestes cursos. Os novos pensamentos devem avançar frente à lógica biologicista e reducionista com que as questões de saúde são abordadas, e a formação deve atentar para que o foco das intervenções sejam os sujeitos (indivíduos ou coletivos), readequando os modos de atuar dos profissionais e professores (ANJOS; DUARTE, 2009).

Espera-se que durante a graduação em EF as discussões mais recentes no campo da SC e das Ciências Sociais sejam analisadas, fornecendo ao P/PEF a oportunidade de reflexão e crítica sobre tais objetos de estudo, pois estudos revelam que professores/profissionais que recebam uma formação mais atenta a estas colocações tendem a contribuir mais significativamente na elaboração e instituição de aulas, pesquisas, políticas e intervenções que se proponham a melhorar a situação de saúde das populações (BAGRICHEVSKY; PALMA; ESTEVÃO, 2003).

Com vistas a essa onda de renovações, as IES que ofertam os cursos de EF vêm demonstrando preocupação para atender às novas demandas formativas e legitimar a atuação do P/PEF nos serviços de saúde e a abordagem desta temática nos ambientes escolares, ao estabelecerem parcerias entre serviço, escola e universidade. Entretanto, percebe-se que o paradigma da formação tradicional em saúde ainda se faz presente em muitas IES e programas de formação profissional (ANJOS; DUARTE, 2009).

### ***3.3.4.1 Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Educação Física***

A regulação da formação dos profissionais de saúde vem sendo discutida desde diferentes ângulos desde a década de 1930. Com relação às Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde, estas são documentos balizadores para a educação que vêm sendo idealizadas e discutidas desde os anos de 1990 (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 1998).

O objetivo das DCNs é servir como referência para a organização dos programas de formação das IES, a partir das quais sejam elaborados currículos plenos e flexíveis que privilegiem o estabelecimento de áreas do conhecimento a serem abordadas, em vez de disciplinas com cargas horárias pré-estabelecidas. Tal proposição forneceria maior autonomia às IES na elaboração de seus currículos, possibilitando a formação de diferentes profissionais com diferentes habilidades para cada área do conhecimento abordada e permitindo a integração do ensino da graduação com a pós-graduação (BRASIL, 1997b, 1997c).

Formuladas com base nos ideais do Movimento da Reforma Sanitária e dos movimentos educacionais que se desenrolavam naquele período, as DCNs objetivam possibilitar mudanças no processo formativo dos cursos de graduação a assegurar uma maior aplicabilidade da LDB. Busca-se, com tais diretrizes, a ruptura com o conservadorismo dos currículos mínimos e o estabelecimento de inovações educacionais que primem por uma formação profissional mais próxima das realidades e necessidades nacionais (BRASIL, 2002; MOREIRA; DIAS, 2015).

As DCNs trazem diretrizes gerais para todos os cursos da área da saúde e alguns direcionamentos mais específicos e aprofundados para cada curso específico, como no caso das orientações sobre estágios, trabalhos de conclusão de curso e atividades complementares (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 1997c).

Para os cursos de graduação em Educação Física, as DCNs específicas são definidas por meio da Resolução nº 6/CNE/CES/2018, homologada pelo Ministro da Educação. Segundo recomendações da Resolução, o aluno do curso de Educação Física deve receber uma formação crítica-reflexiva, que o qualifique para a atuação profissional com base nos princípios éticos e humanistas e dentro dos padrões técnicos, científicos e filosóficos. (BRASIL, 2018a). O documento dispõe de orientações quanto à estrutura dos novos

currículos, que deverão ser compostos inicialmente de uma parte comum e, após metade do curso, ser divididos em partes específicas, referentes à formação do licenciado e do bacharel, cabendo ao discente a escolha da modalidade que pretende se titular.

São listados na resolução diversos conteúdos e atividades que devem ser desenvolvidas tanto na etapa comum como na etapa específica dos cursos. O documento deixa evidente que a EF enquanto área de conhecimento e de intervenção profissional tem como um de seus objetivos o atendimento das necessidades sociais no campo da saúde (BRASIL, 2018a).

Entretanto, não identificamos nenhum direcionamento voltado à formação em saúde do profissional licenciado, restando tal aspecto restrito ao componente específico do bacharel. O que é posto para o licenciado é que sua formação deve ser capaz de fomentar espaços de discussão sobre educação e temáticas centrais da sociedade contemporânea, deixando em aberto a possibilidade de discussão sobre a saúde, mas sem nenhum encaminhamento efetivo. Já para o profissional bacharel, a saúde compõe um dos eixos articuladores de sua formação, devendo ser abordadas questões tais como:

I - saúde: políticas e programas de saúde; atenção básica, secundária e terciária em saúde, saúde coletiva, Sistema Único de Saúde, dimensões e implicações biológica, psicológica, sociológica, cultural e pedagógica da saúde; integração ensino, serviço e comunidade; gestão em saúde; objetivos, conteúdos, métodos e avaliação de projetos e programas de Educação Física na saúde; (BRASIL, 2018a, p. 6).

Visa-se, com isso, à capacitação para uma intervenção qualificada, tendo como metas a “ampliação e enriquecimento cultural da sociedade para a adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável” (BRASIL, 2018a, p. 5). Para tanto, a formação deverá ser pautada nos campos da prevenção, reabilitação, proteção e promoção da saúde.

Diante dessa discussão, tornam-se evidentes as adversidades ainda presentes no processo formativo dos cursos de graduação em EF, uma vez que estes tendem a não atender às observações das DCNs e não fornecerem o escopo adequado ou suficiente para uma boa formação sobre a área da saúde e, mais precisamente, sobre a SC.

No azo de verificar como tal processo formativo está se estabelecendo nos cursos de Educação Física das Universidades da cidade de Fortaleza, no Estado do Ceará, apresenta-se esta proposta investigativa, buscando alcançar os objetivos já elucidados e contribuir para uma melhora da formação em saúde dos referidos cursos.

## 4 METODOLOGIA

Apresento, nos próximos tópicos, o plano de pesquisa utilizado para a realização deste estudo. De acordo com Selltiz, Wrightsman e Cook (1977 apud DESLAURIERS; KÉRISIT, 2014, p.128), “o plano de pesquisa consiste na organização das condições de coleta e análise de dados, de modo a ter-se garantia, ao mesmo tempo, de sua pertinência em função dos objetivos da pesquisa e da parcimônia dos meios”.

Tal plano, além de levar em consideração os objetivos da pesquisa, ainda buscou se adequar às possibilidades e limitações que se apresentaram frente à proposta investigativa e aos ambientes nos quais o fenômeno estudado se desenvolve (POUPART et al., 2014).

### 4.1 Abordagem e tipo de estudo

Para a realização deste trabalho e alcance dos objetivos traçados, foi realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, no intuito de analisar as percepções dos sujeitos quanto ao assunto abordado, buscando identificar, nas relações estabelecidas, o fenômeno que se desvela a partir dos cenários investigados (ALMEIDA, 2011).

Segundo Pires (2014a, p. 47), a abordagem qualitativa começa a se originar em meados do século XVIII, graças à “emergência de um saber social associado a uma exigência metodológica”, e ganha maior repercussão e utilização durante o século XIX. Assim sendo, os métodos de abordagem qualitativa surgem como resposta das Ciências Sociais aos métodos empíricos/cartesianos clássicos utilizados nas pesquisas das Ciências Exatas e da Natureza.

Uma das críticas elencadas pela abordagem qualitativa com relação à visão clássica de ciência faz referência à dogmatização dos postulados encontrados nos trabalhos investigativos, pois entende que contextos sociais diferentes influenciam os fenômenos de maneiras diferentes, o que não possibilita o estabelecimento de verdades absolutas e atemporais, mas sim verdades relativas/ subjetivas e modificáveis (POUPART et al., 2014).

Considerando a pluralização dos contextos investigados e a diversidade de objetivos formativos neles sediados, a abordagem qualitativa auxiliou na percepção e consideração das diferentes perspectivas que as IES dedicam ao objeto de estudo, pois esta abordagem permite a contemplação de significados sociais e subjetivos como instrumentos essenciais na compreensão dos objetos (ALMEIDA, 2011; FLICK, 2009).

O estudo configurou-se como uma pesquisa de natureza descritiva, tratando de um fato previamente conhecido e trazendo à tona as características, componentes e problemáticas

do objeto analisado da maneira mais fidedigna possível (ALMEIDA, 2011). Caracterizou-se, ainda, como um estudo de campo transversal, com características de levantamento, sendo as informações coletadas ao longo de três meses, diretamente com as pessoas ligadas ao objeto de estudo no qual se teve interesse.

Os estudos de campo apresentam como especificidade a observação/conhecimento dos fenômenos em seus ambientes naturais, o que possibilita o aprofundamento das questões propostas, sem que para isso o pesquisador controle ou isole as variáveis existentes. Já os levantamentos possibilitam que tal conhecimento seja obtido diretamente da “fonte”, na medida em que os próprios sujeitos analisados fornecem as informações almejadas por meio de interrogações instauradas pelo pesquisador (GIL, 2008).

A pesquisa ainda se desenhou como transversal, uma vez que os dados utilizados para a construção do material empírico foram apurados de uma única vez com os participantes do estudo, não sendo necessário o seu acompanhamento durante um determinado período de tempo para se chegar às informações almejadas (ALMEIDA, 2011; SANTOS, 2002).

Como forma de se construir o material empírico analisado, foram realizadas visitas às IES, na tentativa de se colherem informes sobre o objeto e conhecer como este objeto se manifesta em seu ambiente natural (FLICK, 2009).

## **4.2 Local do estudo**

Para compor o *corpus* empírico da pesquisa, foram investigadas três Universidades do Estado do Ceará, todas localizadas no município de Fortaleza. Optou-se por este município pelo fato deste constituir uma das principais metrópoles nacionais, contando com um grande número de cursos de EF dentro do estado cearense. A escolha das IES seguiu alguns critérios, a saber: ser IES reconhecida pelo MEC; possuir renome/importância formativa dentro do Estado; dispor de sítio eletrônico atualizado com dados/informações preliminares/básicos sobre o curso; e possuir sede no município de Fortaleza - CE.

Assim sendo, as universidades selecionadas comportam as três universidades situadas na cidade: Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade Federal do Ceará (UFC). Das três, duas são públicas, sendo uma Federal e uma Estadual, e uma é particular. Todas ofertam o curso de EF na modalidade licenciatura e duas na modalidade bacharelado.

No caso das IES que oferecem os cursos de EF nas duas modalidades de ensino (licenciatura e bacharelado), ambos foram objeto de investigação, justificada pela tentativa de

verificar as perspectivas e o enfoque direcionado à Saúde Coletiva dentro dos respectivos cursos.

### 4.3 Sujeitos do estudo

Os participantes selecionados para colaborarem com a realização da pesquisa e fornecerem informações sobre o objeto de estudo foram mobilizados a partir de procedimentos não probabilísticos, recorrendo à amostragem intencional, por meio do qual foi investigado um subgrupo representativo da população total (ALMEIDA, 2011; GIL, 2008). Este critério de seleção se baseou no que Bourdieu, Chamboredon e Passeron (1973 apud PIRES, 2014b, p.157) afirmaram sobre amostragem quantitativa e qualitativa:

No quantitativo, há tendência em valorizar mais as regras técnicas de amostragem do que os princípios de adequação entre o tipo de amostra e o objeto da pesquisa. No qualitativo, é o inverso: enfatizam-se mais as relações entre a amostra e o objeto, do que as regras técnicas de amostragem.

Para saber como os docentes (população total) enxergam a formação em saúde ofertada nos cursos de EF e seus conhecimentos sobre a temática, foram escolhidos para participar do estudo aqueles que possuíam aproximação com o objeto de estudo. Para tanto, utilizaram-se como critérios de inclusão: ter formação inicial em EF; possuir pós-graduação lato ou stricto sensu na área de SC ou áreas similares; e estar trabalhando ou já ter trabalhado com esta temática mediante disciplinas, grupos de pesquisa ou projetos de extensão durante a graduação (subgrupo). Todos os docentes que se encaixaram nos critérios de inclusão foram selecionados como parte do corpo de informantes.

A escolha destes docentes em específico foi embasada no fato de que, teoricamente, estes, por já terem proximidade com a temática, apresentariam uma visão mais crítica-reflexiva sobre o assunto e os referidos cursos, podendo apontar os pontos fortes e as possíveis lacunas com relação à atenção dada aos temas da SC.

O processo de acesso aos docentes foi realizado em diferentes momentos. Inicialmente, foi-lhes encaminhado um e-mail explicativo e convidativo para a participação na pesquisa. Este e-mail continha: informações sobre a pesquisadora, a origem e finalidade da pesquisa e os métodos a serem utilizados para a construção do material empírico. Foram realizadas tentativas de contato inicial durante todo o período destinado à coleta dos dados, sendo enviado quinzenalmente o e-mail convidativo àqueles docentes que não retornaram o contato inicial da pesquisadora. Deste modo, foram excluídos da amostra apenas aqueles

docentes que, no período destinado à coleta dos dados, não responderam ao e-mail convidativo.

Posteriormente, com aqueles docentes que retornaram o contato inicial, foram agendados dia, horário e local para a realização da coleta dos dados, de acordo com a sua disponibilidade e da pesquisadora responsável. No terceiro e último momento, foram realizados encontros presenciais com os docentes no dia, horário e local pré-acordados, com o fim de coleta das entrevistas. Deste modo, o universo de informantes foi composto de dezessete docentes, sendo sete pertencentes ao corpo docente da UNIFOR, seis da UECE e quatro da UFC.

#### **4.4 Estratégias de construção do material empírico**

Com vista à construção do material empírico, o método escolhido para o alcance das informações almejadas envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com os docentes participantes (FLICK, 2009). O uso da entrevista tem sua fundamentação na justificativa colocada por Gil (2008, p. 110), que alega que “a entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade [...]”, o que pode contribuir para o alcance de esclarecimentos e compreensões mais fidedignas das informações concedidas.

As entrevistas realizadas atenderam à busca dos objetivos de: conhecer as concepções dos docentes sobre Saúde Coletiva e o papel da Educação Física na Saúde Coletiva; identificar estratégias e recursos educacionais utilizados nos cursos de graduação para a abordagem do tema da Saúde Coletiva; e constatar as percepções dos docentes dos cursos de Educação Física quanto aos limites e possibilidades do processo de formação ofertado no tocante ao tema da Saúde Coletiva.

Desta maneira, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro prévio composto por seis (9) perguntas-base (Apêndice A). As entrevistas semiestruturadas se mostram proveitosas, no sentido de que, apesar de seguirem um roteiro prévio, permitem uma maior flexibilidade na condução da entrevista, podendo o pesquisador acrescentar questionamentos caso julgue necessário ou suprimir alguma pergunta se por ventura perceber que a mesma já foi respondida em um questionamento anterior (ALMEIDA, 2011).

Para a realização das entrevistas, a pesquisadora entrou em contato com os docentes escolhidos e solicitou a sua coleta em ambiente fechado, cedido pela própria IES e/ou demais ambientes em que o participante solicitasse, para serem realizadas em local e data previamente acordados entre as partes. Tais entrevistas tiveram em média a duração de 40

minutos e foram registradas com a autorização dos participantes através de instrumento gravador de voz digital, sendo posteriormente transcritas e validadas pela pesquisadora responsável.

Foi realizado um teste piloto (Apêndice B) do roteiro adotado para as entrevistas com dois docentes dos cursos de EF de diferentes faculdades particulares. Os critérios de seleção destes docentes seguiu a mesma linha de raciocínio para os docentes que compuseram a amostra final, assemelhando-se, assim, ao público alvo e possíveis respostas às questões balizadoras. A realização do teste piloto se justificou pelo intuito de verificar se o roteiro de perguntas elencado para a entrevista se adequava à proposta investigativa. Como após a sua realização foi percebida a necessidade de adequação, estas foram realizadas previamente ao início das coletas oficiais.

#### **4.5 Organização, análise e interpretação do material empírico**

As entrevistas e suas transcrições foram armazenadas em pastas individuais de acordo com a Universidade. A separação do material adquirido nestas pastas facilitou a análise de cada IES como um universo singular, dotado de características próprias e imerso em um contexto particular.

A análise do material empírico sucedeu com a abordagem qualitativa, ao se seguir o enfoque indutivo, concedendo importância aos significados atribuídos pelas pessoas ao objeto de estudo. Cabe elucidar que as análises e interpretações dos dados em uma perspectiva qualitativa não visam à contagem de pessoas ou opiniões, mas sim à exploração das representações sociais do grupo perante o objeto de estudo e do conjunto de opiniões, buscando suas dimensões socioculturais (ALMEIDA, 2011; GOMES, 2013).

Algumas informações podem ter sido objeto de mensuração, no entanto, o estudo seguiu prioritariamente uma epistemologia qualitativa voltada para a análise de materiais textuais. As análises e interpretações qualitativas devem atentar para a atribuição de valor ao que é homogêneo, ao mesmo tempo em que também consideram importantes os achados singulares, pois se entende que, em um mesmo meio social, há diferenças de perspectivas e de opiniões, devendo e ambas ser tomadas como válidas (GOMES, 2013).

#### 4.5.1 Análise de Conteúdo

Para tanto, recorreu-se à utilização da análise de conteúdo como forma de compreender o que se disse sobre o objeto a partir das falas dos docentes. A estratégia de análise de conteúdo, que surgiu no início do século XX, baseada numa concepção quantitativa e que levava em consideração principalmente a frequência com que apareciam determinadas características dos conteúdos em uma análise, sofreu diversas adaptações perante o enfoque qualitativo das pesquisas sociais. Sob tal enfoque qualitativo, a análise de conteúdo passou a primar mais pela presença ou ausência de determinada característica no conteúdo investigado, indo além das aparências e se valendo de inferências para chegar aos reais sentidos das informações colocadas. Minayo (2006 apud GOMES, 2013, p. 84) aponta que:

Os pesquisadores que buscam a compreensão dos significados no contexto da fala, em geral, negam e criticam a análise de frequências das falas e palavras como critérios de objetividade e cientificidade e tentam ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir, mediante inferência, uma interpretação mais profunda.

Tomando como base epistemológica a análise de conteúdo proposta por Bardin, foi realizada uma descrição objetiva e sistemática dos dados obtidos, procurando-se, por meio da observação: inferir os seus significados, achar as respostas para as questões colocadas, confirmar ou não os pressupostos do trabalho e expandir os conhecimentos acerca do tema pesquisado. Para tanto, buscou-se articulá-los ao seu contexto sociocultural, se aprofundando nos conteúdos expostos e indo além de uma interpretação superficial dos fatos colocados (GIL, 2008; MINAYO, 2013).

##### 4.5.1.1 Análise Categorical/ Análise Temática

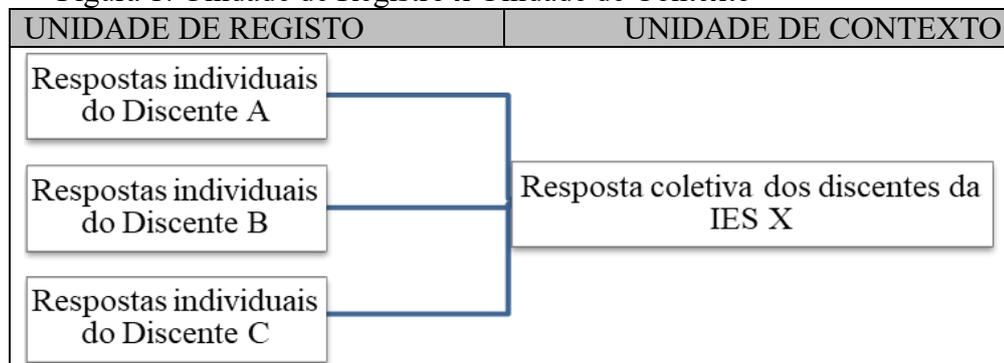
Considerando que a “análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 1977, p. 31, grifo do autor), dentro da análise de conteúdo optou-se pela utilização da técnica de análise categorial/análise temática para melhor explanação das informações. Bardin (1977, p. 105) explana que: “Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os <<núcleos de sentido>> que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido”.

Nesta técnica, a análise dos dados ocorre sobre as categorias/temas de análise, os quais, por seu turno, apresentam feixes de relações que podem ser graficamente representados

por meio de unidades de significação. Para tanto, foram consideradas tanto as unidades de registro (respostas individuais) como as unidades de contexto (respostas coletivas perante uma mesma IES) na interpretação dos dados. Assim sendo, não se deteve às informações somente com base na frequência em que os discursos/registros se repetiram, mas também se tomaram como tão importantes quanto os achados singulares presentes nas falas investigadas (ALMEIDA, 2011; FLICK, 2009).

A Figura 1 abaixo traz uma elucidação quanto ao que se tomou como Unidade de Registro e Unidade de Contexto neste estudo.

Figura 1: Unidade de Registro x Unidade de Contexto



Fonte: Elaboração própria (2019).

Empreendendo uma analogia, a técnica da análise categorial/ análise temática:

[...] consiste em classificar os diferentes elementos (*textos/falas*) nas diversas gavetas (*categorias /temas*) segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido (*critérios/objetivo de classificação*) capaz de introduzir numa certa ordem (*unidades de significação*) na confusão inicial (*texto inicial/completo*) (BARDIN, 1977, p. 37, grifo nosso).

#### 4.5.2 Etapas do processo de exploração das informações

Faz-se pertinente esclarecer que o procedimento de exploração dos dados é composto por cinco principais processos, a “categorização”, “descrição”, “análise”, “inferência” e “interpretação”. Tais processos não seguem uma ordem sequencial fixa na elaboração da análise dos dados, nem necessariamente precisam existir todos em um processo analítico, mas podem ser estruturados em distintas ordens e até simultaneamente, caso se mostre necessário (GOMES, 2013).

A categorização dos dados se refere ao procedimento de classificação dos elementos constitutivos de um discurso em diferentes categorias/classes, partindo de ações como diferenciação e reagrupamento dos dados, seguindo critérios pré-estabelecidos. Espera-

se que as categorias elencadas sejam homogêneas, exaustivas, exclusivas, concretas e adequadas (BARDIN, 1977; GOMES, 2013).

No processo de descrição, os dados encontrados devem ser apresentados ao leitor da maneira mais fiel possível, sendo realizada uma exposição das informações encontradas na construção das categorias. Já a análise tem como propósito avançar perante o que foi descrito, partindo de deduções lógicas e auxiliando na decomposição dos dados. É nesta etapa que se buscam as relações existentes entre as partes examinadas (GOMES, 2013).

A inferência é utilizada principalmente para se depreenderem as causas ou antecedentes da mensagem e os efeitos e consequências que se desenrolarão a partir daquele enunciado (BARDIN, 1977). Já na interpretação, que pode ser realizada a qualquer momento do processo analítico, é quando se buscará o sentido dos postulados encontrados, almejando a compreensão ou explicação dos fatos e indo além do que foi descrito e analisado anteriormente (GOMES, 2013).

Assim sendo, os achados das entrevistas foram descritos em partes, de modo a ser mais bem visualizados pelos leitores, o que serviu de base para as alocações dos dados, de acordo com as categorias de análise. Após tal categorização, o material foi explorado de maneira a se encontrarem pontos semelhantes e divergentes entre si, tentando estabelecer conexões entre as falas dos docentes. Seguindo com o processo de inferência e interpretação, buscou-se perceber as relações existentes entre o que está posto entre o que antevem tal situação e o que se desvela a partir disto, tentando ir além do aparente e chegando o mais próximo possível dos reais sentidos manifestos.

Para tanto, esta etapa do estudo foi realizada em três fases: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos dados, inferência e interpretação. No Anexo A, pode ser visualizado um esquema gráfico desenvolvido por Bardin (1977), trazendo de forma elucidativa as três fases de análise e seus respectivos procedimentos.

Na fase da “pré-análise”, ocorreram os primeiros contatos com os dados coletados, sendo realizada uma maior organização, transcrição e validação das entrevistas e uma leitura superficial/flutuante destas. Esta fase foi útil na organização, operacionalização e sistematização das ideias iniciais, pois direcionou a elaboração e o seguimento de um plano de análise (BARDIN, 1977).

Nesta etapa, partindo das leituras realizadas, tende-se a:

- (a) ter uma visão de conjunto; (b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado; (c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e a interpretação do material; (d) escolher formas de classificação

inicial; (e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (GOMES, 2013, p.91).

Durante a “exploração do material” o plano de análise estabelecido na fase anterior foi posto em prática, efetuando-se o processo de análise propriamente dita dos dados encontrados. Nesta etapa foi realizado o processo de recorte, classificação e categorização do material empírico, de acordo com as seções das entrevistas, o conteúdo apresentado e as categorias que emergiram dos discursos docentes (categorias abertas) (ALMEIDA, 2011). Procurou-se, então, agrupar as repostas que apresentavam características comuns e que se relacionavam com os temas estudados.

Uma esquematização elucidativa referente à elaboração das categorias de análise utilizadas neste trabalho pode ser visualizada no Quadro 2 abaixo. O quadro tem como propósito trazer uma explicação de como as categorias foram elaboradas e, para tanto, traz a relação existente entre os objetivos da pesquisa, os grandes temas de análise, as categorias emergentes e os questionamentos utilizados para o alcance de tais objetivos, bem como, por fim, a elucidação dos pontos de análises.

Quadro 2 – Esquematização elucidativa do processo de categorização

(Continua)

<b>OBJETIVO</b>	<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIA</b>	<b>PRINCIPAIS SUBCATEGORIAS</b>	<b>PERGUNTA</b>
Conhecer as concepções dos docentes sobre Saúde Coletiva e papel da Educação Física na Saúde Coletiva	Conhecimentos e relações entre Educação Física e Saúde Coletiva	Conhecimentos gerais sobre a Saúde Coletiva	O que é Saúde Coletiva  Setores sociais que envolvem a saúde  Ações em saúde desenvolvidas na SC	1. O que você entende por Saúde Coletiva?
		Papel da Educação Física na Saúde Coletiva	Contribuições da EF na SC  Ações da EF na perspectiva de promo./preve./recu./reab da saúde	2. A partir de sua experiência, como você percebe que a Educação Física pode contribuir na Saúde Coletiva?
			Ações do licenciado e do bacharel na SC	7. Como você percebe a formação em saúde destinada ao licenciado e ao bacharel, em específico?

Quadro 2 – Esquematização elucidativa do processo de categorização

(Continuação)

OBJETIVO	TEMA	CATEGORIA	PRINCIPAIS SUBCATEGORIAS	PERGUNTA
		Competências profissionais para se intervir na Saúde	Entendimento sobre o que é competência  Competências necessárias para uma boa intervenção em saúde  Competências específicas do PEF	3. Quais competências você elege como importantes para que um profissional de EF atue de modo qualificado na Saúde Coletiva?
Identificar estratégias e recursos educacionais utilizados nos cursos de graduação para a abordagem do tema da Saúde Coletiva	Formação em e para a Saúde Coletiva	Conteúdos e recursos educacionais utilizados na formação em saúde	Conteúdos da SC a serem abordados na graduação  Recursos educacionais utilizados na abordagem da SC	4. No que diz respeito à formação da Educação Física para a Saúde Coletiva, quais conteúdos e intervenções você julga oportunos de serem ofertados/trabalhados durante a graduação?
		Integralidade e integração no ensino em saúde	Integralidade da saúde dentro da matriz curricular  Integração entre os cursos da saúde	6. Como você avalia a formação para a Saúde Coletiva ofertada pelo curso de EF do qual faz parte?
Constatar as percepções dos docentes dos cursos de Educação Física quanto aos limites e possibilidades do processo de formação ofertado no tocante ao tema da Saúde Coletiva	O atual cenário da formação em Saúde Coletiva – limitações, potencialidades e perspectivas futuras	Avaliação da formação em SC nos cursos de EF	Atenção dispensada à SC nos cursos de graduação	6. Como você avalia a formação para a Saúde Coletiva ofertada pelo curso de EF do qual faz parte?
		Principais dificuldades na abordagem da SC	Dificuldades docentes para o trato da temática  Barreiras físicas e institucionais	8. Em sua opinião, há algo que precise ser modificado no curso de modo a promover uma maior aproximação entre as áreas da Educação Física e da Saúde Coletiva?
		Modificações necessárias para o alcance de uma boa formação em SC	Recomendações direcionadas aos docentes  Recomendações direcionadas as IES formadoras  Recomendações direcionadas aos Conselhos de classe	

Fonte: Elaboração própria (2019).

Nesta etapa, as falas dos docentes foram analisadas e comparadas, procurando-se: achar pontos convergentes e divergentes; chegar a uma conclusão quanto aos questionamentos abordados; e verificar se os pressupostos levantados no decorrer do trabalho se confirmavam. Enquanto isso, na fase do “tratamento dos dados, inferência e interpretação” foi realizado, como o próprio nome sugere, o processo de inferência e interpretação dos dados. Nesta etapa, os dados “brutos” foram lapidados de forma a se perceber os significados desvelados, buscando-se debruçar sobre suas posições com relação aos temas e tentando-se chegar a conclusões pertinentes acerca do que respondentes referem e refletem sobre o objeto de estudo.

Posto isso, os dados encontrados foram confrontados entre si e com os dados já encontrados em pesquisas anteriores, verificando semelhanças e diferenças e inferindo, a partir disso, como se encontra o cenário de formação do PEF voltado para os temas da Saúde Coletiva nas Universidades do município de Fortaleza-Ceará.

Infelizmente, por demanda de tempo dedicado ao processo de análise, nem todas as categorias previamente elencadas puderam ser contempladas nas análises deste estudo. Deste modo, é possível verificar, no Quadro 2 e no decorrer das análises, que nem todos os questionamentos realizados nas entrevistas foram discutidos. Disto resultam, no entanto, a análise e debate de tais pontos, reservada para momentos posteriores, objetivando que tais achados sejam futuramente difundidos nos meios acadêmicos e científicos.

#### **4.6 Procedimentos éticos**

Com vistas a atender os procedimentos éticos elencados pelas Resolução nº466/CNS/2012 e Resolução nº 510/CNS/2016, tal projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFC – CEP/UFC/PROPESQ, por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o CAAE de número 88912618.4.0000.5054 e parecer número 2.698.887, no dia 07 de Junho de 2018 (BRASIL, 2012, 2016).

Atendendo às recomendações postas pelas Resoluções acima, todos os participantes do estudo, incluindo aqueles que fizeram parte do teste piloto, receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), contendo informações a respeito da natureza, finalidades e metodologias da pesquisa, além de explicações quanto aos seus direitos, riscos e benefícios como participantes.

O TCLE ainda contou com dados comunicativos (telefone e e-mail) da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, para que os sujeitos envolvidos na pesquisa pudessem entrar em contato com os mesmos, caso surgisse alguma dúvida com relação aos processos utilizados para a coleta, tratamento e divulgação dos dados. O mesmo TCLE foi aplicado com os participantes do teste piloto e com aqueles que fizeram parte da real amostra do estudo.

Após os esclarecimentos prévios, os participantes assinalaram o TCLE em duas vias, onde a primeira ficou de posse da pesquisadora responsável e a segunda foi entregue ao participante do estudo. A assinatura do referido termo assegurou à pesquisadora o direito de uso das informações disponibilizadas pelos docentes para a análise e divulgação do estudo. Ao mesmo tempo, também garantiu a proteção e sigilo da identidade e dados pessoais dos informantes, sendo o anonimato de tais informações, assegurado tanto durante como depois de a realização desta pesquisa.

As informações concedidas para a pesquisadora serão guardadas pelo tempo que determina a legislação e não foram e nem serão utilizadas em prejuízo das IES participantes e/ou das pessoas envolvidas, inclusive na forma de danos à estima, prestígio e/ou prejuízo econômico e/ou financeiro.

Uma das metas da realização deste estudo foi o comprometimento da pesquisadora em possibilitar aos participantes, um retorno dos resultados da pesquisa. Para tanto, todos os envolvidos receberam convites por e-mail para assistir à defesa deste estudo no Programa de Pós-Graduação ao qual está vinculado, sendo-lhes informados o dia, horário e local onde seria realizada tal acontecimento.

A pesquisadora põe-se ainda acessível quanto à disponibilidade e apresentação do estudo e seus resultados na íntegra aos docentes e suas respectivas IES caso estes solicitem, assegurando que estes possam analisar os pontos fortes e o que precisa ser melhorado dentro de suas Instituições para alcançar uma formação em saúde condizente com o que se faz e se pensa em saúde atualmente.

## 5. ANÁLISE E DISCUSSÃO

Para a exploração da análise e discussão das informações encontradas, esta seção será dividida em três subseções, cada uma destinada a responder um dos objetivos específicos do estudo.

### 5.1 Conhecimentos e relações entre Educação Física e Saúde Coletiva

Esta subseção da análise foi dedicada ao atendimento do objetivo específico de conhecer as concepções dos docentes sobre Saúde Coletiva e papel da Educação Física na Saúde Coletiva. Abordam-se os conhecimentos dos docentes dos cursos de Educação Física das Universidades de Fortaleza quanto ao universo que compõe o que denominamos de saúde coletiva, tendo como enfoque os modos desta se estruturar, pensar e intervir em/na saúde.

Além disso, a seção também se detém sobre as relações existentes e percebidas pelos docentes entre a EF e a SC. Buscou-se entender como estes vislumbram a EF como parte integrante das reflexões e ações desenvolvidas no âmbito da saúde coletiva e o seu contributo nas intervenções em saúde.

Ademais, pensando na EF como área que compõe o campo transdisciplinar de conhecimento e de práticas multiprofissionais da saúde coletiva, almejou-se, nesta parte da análise, debruçar-se sobre as competências, gerais e específicas, que um P/PEF deva apresentar para pensar e intervir em saúde em consonância com os princípios e diretrizes da saúde coletiva. Estas reflexões mostram-se pertinentes, na medida em que compõem a base do que os docentes pensam e sabem sobre estas áreas e sobre as inter-relações que podem se desenvolver entre elas. A análise destes conhecimentos justifica-se no fato de que os mesmos podem vir a sustentar os modos como hoje está sendo trabalhada a formação em saúde coletiva dentro dos cursos de graduação em EF.

Defende-se tal ideia no pensamento de que, na condição de docentes, conjuntamente com os demais atores do processo educativo, estes exercem influência direta ou indireta sobre os conteúdos abordados e a forma como estes são abordados nos cursos de formação (FELÍCIO; POSSANI, 2017). Por conseguinte, entende-se que a falta de conhecimentos sobre a SC e suas inter-relações com a EF podem refletir não desenvolvimento de cursos de graduação em que a área da SC constitua-se como uma lacuna no processo formativo, fazendo que os conhecimentos e vínculos entre estas duas áreas não se façam presentes.

Contudo, compreende-se que o contrário também é válido, inferindo que docentes que possuam um conhecimento satisfatório das áreas em questão tendem a preparar uma graduação cujas potencialidades advindas destas relações sejam desenvolvidas em sua integralidade ou, pelos menos, sejam realizados esforços para que tal completude venha a ser alcançada.

### *5.1.1 Conhecimentos gerais sobre a Saúde Coletiva*

A complexidade de conceituação do que seria a saúde coletiva é algo presente no próprio meio acadêmico, onde as discussões referentes a esta área vêm ganhando espaço ao longo do tempo. Nota-se, na fala de alguns docentes, certo embaraço em definir o que é a Saúde Coletiva:

A definição de Saúde Coletiva eu não saberia te dizer uma definição clássica de Saúde Coletiva, eu compreendo que Saúde Coletiva é um conjunto de ações que se desenvolvem quer seja numa comunidade, com a possibilidade de um projeto, com o objetivo de despertar a promoção e educação em saúde. Essa é a compreensão que eu tenho e acredito não ser a definição clássica, mas é a percepção que eu tenho (Entrevista 2).

Percebe-se, assim, que até mesmo para os docentes é difícil apontar uma definição exata do que é a SC, dificuldade esta atrelada à amplitude de coisas que permeiam o próprio campo da SC:

Percebo a Saúde Coletiva como algo muito amplo. Conversar sobre ela em alguns minutos é um tanto complexo. Eu vejo a Saúde Coletiva como algo muito amplo. Muito amplo que muitas vezes o profissional da área da Educação Física se quer tem dimensão, de quão ampla a Saúde Coletiva é (Entrevista 11).

A SC, entendida como um campo de saber e de práticas, ganha maior notoriedade no cenário brasileiro ao final da década de 1970, sendo pensada e estruturada vinculada ao movimento da Reforma Sanitária e tendo em diferentes movimentos/modelos de atenção à saúde, tais como a Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Medicina Social, as bases de sua constituição (OSMO e SCHRAIBER, 2015). Formular um conceito único de saúde coletiva é algo tão multifatorial e complexo como o próprio campo da saúde coletiva (NUNES, 2006; OSMO; SCHRAIBER, 2015). Enquanto campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, marcado por tensões epistemológicas e interdisciplinares, torna-se difícil apontar de forma unificada qual seria o seu objeto, ou objetos, de estudo (NUNES, 2006).

Como já elucidado anteriormente, a SC se constitui como campo transdisciplinar, transtetorial, multiprofissional e interinstitucional, que busca dentro de seu escopo perceber os processos de saúde-doença dentro de uma lógica integral e integrada (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Apesar de algumas dificuldades iniciais, é possível apreender, pelo discurso dos docentes, que eles/elas apresentam uma visão convergente ao que se pensa e se fala sobre SC atualmente. Está manifesto nestes o entendimento da estruturação da SC baseada em distintos campos de saberes, saberes estes que não se sobressaem uns sobre os outros, mas que se complementam para formar o todo que compõe a SC:

Na minha concepção, é uma ciência que ela se propõe a trabalhar com alguns pilares. Ela vai trabalhar especialmente com a área das Ciências Humanas, Epidemiologia, e Política, Planejamento, Administração em Saúde. É basicamente tem esses três pilares a Saúde Coletiva (Entrevista 5).

Faz-se presente na fala de alguns destes o reconhecimento da SC como campo de saber e de práticas e desde que sendo constituído de diferentes áreas do conhecimento, aproximam-se da conceituação feita por autores da própria SC:

Bom, a Saúde Coletiva é um campo de atuação, uma área de estudo, que contempla a atuação de diversos profissionais da saúde. É um campo multidisciplinar, onde a intenção é que esses profissionais trabalhem de forma, vamos dizer assim, colaborativa (Entrevista 3).

O entendimento da SC como algo abrangente, que vê a saúde por uma perspectiva ampla, é notável ao se analisarem as colocações docentes. Identifica-se nos registros o apontamento da SC como um modo de trabalhar a saúde de forma integral, levando em consideração aspectos sócio-histórico-culturais que influenciam direta ou indiretamente os processos de saúde-doença. Além do mais, verifica-se uma constante colocação sobre o caráter coletivo e intersetorial dos modos de produção e intervenção em saúde que são propostos pela SC:

Então ela passa a enxergar as questões relacionadas à saúde e à intervenção ligada à saúde, num contexto ampliado da Saúde. Então ela entende que a saúde, ela não se refere só a saúde da pessoa, então ela se refere à saúde de grupos, de pessoas, de populações, de comunidades. E a saúde é entendida também não só na relação que tem com os agravos de saúde, ou seja, com as doenças, mas também com a condição de vida que essa pessoa tem para viver (Entrevista 10).

Essa lógica abrangente do modo de pensar e intervir em saúde vai ao encontro do que foi discutido na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, promovida pela OMS em Alma Ata, no ano de 1978 (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Em tal

conferência, reafirmou-se o entendimento da saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas o estado de ausência de doenças ou enfermidades. Constitui-se, então, como um direito básico do ser humano, sendo a sua garantia de responsabilidade política dos governos em seus distintos níveis de organização e tendo nos diversos setores sociais os seus determinantes e condicionantes (ALMA ATA, 1978; PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A declaração de Alma Ata apontaria, ainda, entre outras questões, o dever dos indivíduos e da sociedade como um todo sobre a busca e estabelecimento de melhores condições e estados de saúde. Depreende-se do documento que as ações de saúde (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, educação em saúde) devam ser pensadas e voltadas não apenas para o âmbito individual, mas sim, que estas sejam planejadas de modo a intervir igualmente no estado de saúde-doença de grandes coletividades (ALMA ATA, 1978).

Nunes (2006) evidencia em seu texto, que data da segunda metade do século XIX, o reconhecimento e estabelecimento de alguns princípios básicos que norteiam as intervenções voltadas para o alcance de um estado de saúde. Cabe ressaltar que tais princípios ainda se fazem presentes no núcleo de configuração das políticas que regulam as ações de saúde atualmente, mesmo que em certo nível apresentem uma nova roupagem:

1) a saúde das pessoas como um assunto de interesse societário e a obrigação da sociedade de proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) que as condições sociais e econômicas têm um impacto crucial sobre a saúde e doença e estas devem ser estudadas cientificamente; 3) que as medidas a serem tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais como médicas (NUNES, 2006, p.20).

Esta referência da saúde para além das questões ligadas ao âmbito biológico e condicionada a situações de doenças-agrivos se fez presente nas colocações docentes. Isto acaba por revelar que o conceito ampliado de saúde é existente e relevante na sua perspectiva. Estes entendem que a visão de saúde apenas sob o prisma anatomoclínico não é suficiente para dar conta do que realmente seria saúde e nem suporte as suas ações, mas que fatores da ordem do biopsicossocial precisam ser considerados no entendimento deste fenômeno complexo e processual que é a saúde:

Bom, acho que é uma perspectiva de entender que a saúde tem vários níveis de determinantes, assim, que não só os elementos biológicos, mas os elementos sociais e psicossociais tem grande peso na organização, nas características da Saúde da população [...]. Mas também pensando como isso é influenciado por aspectos políticos, sociais, principalmente. E de como intervir nisso, não pensando somente elementos biológicos ou somente da intervenção profissional, mas pensando nesse contexto mais amplo (Entrevista 9).

Sobre o paradigma da integralidade biopsicossocial que tem base na crítica e revisão do modelo cartesiano anatomoclínico, Anderson e Rodrigues (2016, p. 246) apontam que:

Modelo Biopsicossocial descortina uma matriz explicativa mais adequada à complexidade que envolve os processos da vida e os fatores relacionados à saúde e ao processo de adoecer. Neste âmbito, os fatores psicossociais podem atuar facilitando, mantendo ou modificando o curso da enfermidade, embora o seu peso relativo possa variar seja de “doença” para “doença”, de pessoa para pessoa, e até mesmo para a mesma pessoa, considerando a história pessoal e o momento da vida.

Assim sendo, depreende-se que processos de saúde-doença não ocorrem de forma vertical, mas são forjados numa teia de relações horizontais que envolvem: um dado estímulo ou situação que influencia no estado de saúde-doença, os contextos sócio-histórico-culturais e as estruturas e dinâmicas psicológicas e biológicas dos indivíduos.

Nestas relações horizontais, a saúde é colocada como o resultado de uma gama de fatores determinantes e condicionantes que exercem influência direta ou indireta sobre os estados de saúde-doença de indivíduos e populações. Magalhães e Ferreira (2018) apontam que, dentro de uma localidade, existem diversas características e condições de origem social, econômica, educacional ou até mesmo de infraestrutura que podem vir a impactar o desenvolvimento de saúde.

Commission... (2005 apud MAGALHÃES; FERREIRA, 2018, p. 122) registra que “Os determinantes sociais da saúde podem ser entendidos como as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, apontando para características específicas do contexto social que afetam ou impactam as condições de saúde”. Estes determinantes são oriundos de diversas esferas, tais quais as esferas econômica, social, étnica/racial, cultural, psicológica e comportamental, que de certo modo exercem influência sobre os estados de saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Seguindo esta lógica, a Lei Nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, ao alterar o caput do art. 3º da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inclui a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde juntamente aos já elencados anteriormente (BRASIL, 2013a). Assim sendo, tal Lei assinala, sobre os fatores determinantes e condicionantes da saúde em sua redação do artigo 3º, o seguinte:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2013a, p.1).

Alinhados ao que está estabelecido na Lei Nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, os docentes apontaram diversos setores sociais e alguns modos de influência que tais determinantes/condicionantes exercem sobre a saúde:

[...] o conceito de saúde, na saúde coletiva, ele vai muito além da ausência de doenças, uma questão mais individualista, e sim uma questão bem ampla, bem coletiva como o próprio nome diz, envolvendo aí moradia, salário, lazer, educação, emprego, como a pessoa é vista pela sociedade, enfim, diversas situações. [...] então tudo isso vai gerar, de uma forma direta ou indireta, vai acabar gerando saúde pra pessoa. [...] Eu preciso ter moradia, eu preciso ter lazer, eu preciso ter uma boa relação com a minha parceira e com eu parceiro até sexual inclusive, eu preciso ter... ser bem visto pela sociedade, preciso ter higiene, preciso ter saneamento, preciso ter alimentação, é tanta coisa que não só a atividade física. Não é só prática, não é só exercício físico, esse é um dos fatores que a pessoa pode ter pra ter boa saúde (Entrevista 1).

Pôde-se notar na fala docente a presença de determinantes principalmente da ordem do social, econômico e psicológico, deixando em segundo plano aqueles referentes a questões étnicas/raciais, culturais e comportamentais:

A saúde é uma resultante de diversos fatores. Habitação, moradia, meio ambiente, saneamento, renda familiar, são tantos fatores, é tão complexo esse conceito. A própria paz, e aí não existe paz sem uma justiça social. Então perpassa pelas questões sociais, pelas questões políticas. [...] E se a gente não considera essas multidimensões fica difícil de a gente ter saúde, porque tudo interfere em tudo (Entrevista 16).

O direcionamento do pensamento docente sobre os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) apenas para algumas áreas específicas pode sugerir que estes ainda não reconhecem todo o aparato dos DSS que podem vir a influenciar os estados de saúde-doença, ou pelo menos entendem como menos importantes algumas categorias de determinantes. De todo modo, cabe ressaltar a importância de cada um destes DSS, não devendo estes serem classificados de maneira hierarquizada em uma ordem de importância.

O que pode ser feito é uma classificação destes determinantes em camadas, onde se teriam determinantes que são mais próximos a fatores da ordem do individual e determinantes que agem numa camada mais macro. Esta forma de organização dos DSS é baseada no modelo de Dahlgren e Whitehead e pode ser visualizada na Figura 2 abaixo.

Figura 2: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.



Fonte: BUSS; PELLEGRINI FILHO (2007, p. 84).

Justamente por entender que a saúde é uma resultante multifatorial, reconhece-se que os agentes da saúde vão além dos profissionais de saúde. São inclusos nesta lista todos aqueles que, de algum modo, contribuem para o estabelecimento de situações/modos saudáveis de vida. Campos (2000, p. 221) coloca que “sem dúvida, médicos, a equipe de saúde, o governo, a comunidade, muitos, potencialmente, produzem saúde”.

Além disto, compreende-se que uma atuação individual, pautada apenas em conhecimentos especializados dos profissionais de saúde é insuficiente para uma abordagem integral do indivíduo e seu estado de saúde, sendo preciso a complementariedade e interdependência de conhecimentos para que a atuação global seja exercida (PEDUZZI, 2001).

Backes et al. (2014, p. 278) afirmam que a multiplicidade de saberes oriundos dos mais diversos profissionais que atuam na saúde deve ser vista como uma “possibilidade de ampliar e potencializar os processos interativos e encontrar respostas múltiplas para os problemas de saúde que, na maioria das vezes, também são multifatoriais”.

Pensando nesta complexidade que rege os processos de saúde-doença, os docentes relatam reconhecerem diversos indivíduos, sejam profissionais ou não da área da saúde, como agentes de saúde e apontam a necessidade de uma atuação interdisciplinar e multiprofissional para o alcance de uma intervenção integral em saúde:

Porque aí também se tem múltiplos agentes de saúde, incluindo agentes que não são agentes Profissionais de Saúde e que também vão interferir nessa condição de saúde [...]. Então primeiro a gente já sai do aspecto de ter só um profissional de saúde

como centro, que seria o profissional médico, pra gente ter uma equipe multiprofissional, onde os diversos profissionais da saúde tem relação com isso, mas que também para além disso, o próprio sujeito é responsável pela saúde dele à nível individual. E a nível coletivo, a saúde não é fruto só das ações dos profissionais de Saúde, ou do indivíduo, mas ela também é fruto do meio, das condições, da cultura, da sociedade, em que essa pessoa, esse grupo, essa comunidade, está inserida. [...] E isso precisa ser pensado por todos, pelos diversos profissionais da Saúde, sem centralização, dentro de uma perspectiva dos múltiplos profissionais de Saúde e outros agentes de saúde, que podem ser agentes governamentais e não governamentais, podem ser pessoas, podem ser instituições, pode ser a sociedade como um todo. Então eu acredito que todos esses atores estão envolvidos (Entrevista 10).

Refletindo esta visão ampla em termos de setores sociais, atores/profissionais, público alvo e áreas envolvidas em sua composição, os docentes apontam variadas ações que entendem como sendo atribuições cabíveis à Saúde Coletiva enquanto campo de práticas.

Algumas das principais funções atribuídas dizem respeito ao desenvolvimento de ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, tendo ainda ações de educação em saúde e de planejamento de políticas de saúde espaço reservado na fala de alguns dos docentes:

[...] eu compreendo que Saúde Coletiva é um conjunto de ações que se desenvolvem quer seja numa comunidade, com a possibilidade de um projeto, com o objetivo de despertar a promoção e educação em saúde (Entrevista 2).

Ademais, além de promover ações práticas, a SC também é apontada como meio de se pensar e refletir de modo crítico, visando alcançar uma sociedade que vivencie práticas saudáveis, por meio das quais o indivíduo e as coletividades venham a receber de fato uma atenção integral em saúde.

Já a Saúde Coletiva não, ela vem pensar políticas maiores, especialmente de modo crítico e pensando numa relação de saúde e sociedade. Quais são os modos de produção de saúde hoje, quais são os modos de produção de doença, como é que a doença se produz e reproduz, como é que eu posso ver os determinantes sociais de saúde. [...] é pensar a política, que é pensar a gestão, a gestão da Saúde como é que pode ser feita, e a administração da saúde, assim não... Já como algo macro (Entrevista 5).

Anderson e Rodrigues (2016) e Paim e Almeida Filho (1998) classificam em seus estudos algumas possíveis contribuições da SC no âmbito das intervenções em saúde. Estes colocam que, na condição de campo prático, a SC tem como laboração o desenvolvimento de ações que tomem os indivíduos e coletividades, bem como as suas necessidades sociais de saúde como objeto principal.

Isto se dá por meio do desenvolvimento de novas formas de relação entre as equipes de saúde e os indivíduos/coletividades. A SC prima para que seja exercida a escuta

ativa, o empoderamento de indivíduos e coletividades, a valorização das pessoas e de seus saberes, a consideração do contexto de vida dos indivíduos e dos DSS na análise das situações de saúde, a realização de atividades em grupo, a visão integral do sujeito e de seu contexto familiar e comunitário etc. (ANDERSON; RODRIGUES, 2016; FERTONANI, 2015).

São realizadas ações técnicas, culturais, políticas, econômicas, ideológicas e científicas focadas nos grupos sociais e em seus ambientes. Para tanto, “a saúde coletiva contempla tanto a ação do Estado quanto o compromisso da sociedade para a produção de ambientes e populações saudáveis, através de atividades profissionais gerais e especializadas” (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 312). Além das práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e educação em saúde evidenciada pelos docentes, a SC também exerce a função de:

apoio aos sistemas de saúde, à elaboração de políticas e à construção de modelos; a produção de explicações para os processos saúde/enfermidade/ intervenção [...]. Nessa perspectiva, a missão da saúde coletiva seria a de influenciar a transformação de saberes e práticas de outros agentes, contribuindo para mudanças do modelo de atenção e da lógica com que funcionam os serviços de saúde em geral (CAMPOS, 2000, p. 225).

No campo teórico, a SC caminha para o estudo dos fenômenos de saúde-doença como processos sociais. É desenvolvida neste contexto: a investigação da produção e distribuição das doenças nas sociedades, a análise das práticas de saúde, a busca da compreensão dos modos como os indivíduos e coletividades entendem seus processos de saúde-doença e de como os DSS exercem influência sobre tais processos, a organização de planos, estratégias e políticas para o enfrentamento das condições adversas à saúde etc. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Deste modo, torna-se notório que, apesar de os docentes reconhecerem algumas atribuições cabíveis à SC, muitas destas não foram citadas pelos entrevistados. Revelam-se, portanto, limitações no que tange à visão dos participantes da presente pesquisa quanto ao arsenal de intervenções, seja no âmbito prático ou teórico, que a SC tem potencialidade para desenvolver.

Estas limitações docentes não se restringem apenas às atribuições da SC. Pode-se apreender das entrevistas a concepção que alguns docentes apresentam da SC apenas como uma forma de fornecer acesso aos serviços de saúde àqueles que não possuem condição de usufruir dos serviços privados:

O quê que eu entendo por Saúde Coletiva. Bom, é um trabalho a priori identificando as pessoas, que é minha área de atuação, pessoas adultas ou mais velhas, e que

principalmente têm uma dificuldade ao acesso de atendimento à atividade física, aos procedimentos de saúde geral [...]. Então saúde pública, é o cuidado da saúde da população em geral, principalmente a população que não tem condição de um acesso à saúde de melhor qualidade (Entrevista 7).

Outro equívoco identificado na fala de alguns docentes é a sobreposição de determinada área da saúde como sendo mais importante que as demais, não percebendo que estados de saúde se dão com base no bem-estar integral do indivíduo, em seus distintos aspectos (físicos, mentais e sociais):

Eu acho que a saúde ela é um componente físico, fisiológico propriamente dito, onde a nutrição e o exercício podem estar relacionados com isso. Assim como também algumas doenças relacionadas à questão do metabolismo, e a saúde também ela tem um componente mental muito importante. [...] E eu acho que hoje, por exemplo, a saúde mental ela é um problema muito mais grave, se é que eu posso dizer se é mais grave ou não, do que a saúde metabólica, por exemplo, como obesidade, diabetes, hipertensão, que são coisas diagnosticadas. Um problema de saúde mental já é muito mais difícil de você determinar, diagnosticar, tratar, curar (Entrevista 4).

Desta maneira, percebemos que os docentes dos cursos de graduação em EF apresentam conhecimentos e visões da SC consonantes ao que temos de atual nas discussões de saúde. Tais conhecimentos podem dar suporte ao estabelecimento de cursos nos quais a saúde é abordada como área de formação e de intervenção, auxiliando no processo formativo do profissional de saúde que futuramente vai adentrar o mercado de trabalho.

Contudo, urge referir que as visões apresentadas ainda demonstram limitações em alguns aspectos, sobretudo no que diz respeito a um maior conhecimento das potencialidades e relações estruturais que compõem a área. Estas lacunas podem ser reflexo da própria formação inicial dos docentes, visto que a SC como campo de conhecimento vem sendo incluída na formação dos profissionais de saúde apenas recentemente, o que sugere que estes não tiveram contato com tais conteúdos em sua formação.

Assim sendo, sobressai desta questão a necessidade de maior contato dos docentes com as temáticas que compõem o campo da SC, não apenas para enriquecer sua própria formação pessoal e profissional, mas também para contribuir com a disseminação destes conceitos e com a formação dos futuros P/PEF que passarem por suas mãos.

### *5.1.2 Papel da Educação Física na Saúde Coletiva*

Como já evidenciado anteriormente, a atividade física, parte integrante do objeto de estudo e atuação da EF, é considerada um dos DSS, legitimando, assim, a necessidade de

integração do P/PEF nas intervenções em saúde desenvolvidas nos mais diversos ambientes. Observe-se que a identificação como profissão da área da saúde se faz presente no discurso dos docentes, quando afirmam seu reconhecimento como profissionais da educação e da saúde, indo ao encontro do que está disposto nas legislações que regulamentam a profissão e ao que Oliveira, Martins e Bracht (2015a) grifam em seu estudo, ao reforçarem a ideia de dois campos de atuação.

Bom, a Educação Física ela primeiro, colocada como Educação Física, como conceito de Educação Física, ela remete a uma área de atuação profissional. Então se remete a uma área de atuação profissional, os profissionais dessa área fazem parte do contexto dos profissionais de saúde. Como área também, a Educação Física tem uma atuação em outras esferas, que não é a esfera do profissional de saúde, que é a esfera do professor da educação básica (Entrevista 10).

O reconhecimento oficial como profissão integrante da área da saúde foi dado por meio da Resolução nº 218/CNS/1997 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1997a), tendo em vista a potencialidade que a área da EF demonstra para intervir nos estados de saúde-doenças, seja no âmbito individual ou coletivo, teórico ou prático.

Uma vez reconhecido isso, os docentes apontaram as principais perspectivas de contribuição que o P/PEF pode desenvolver ao atuar com a área da saúde. Evidencia-se, mediante as falas, o viés da promoção da saúde e da prevenção de doenças como sendo as principais formas de colaboração em saúde promovida pelo P/PEF. Além destas, ainda são citadas as ações de tratamento de doenças, recuperação da saúde como atribuições cabíveis ao PEF e a educação em saúde como objeto de intervenção dos P/PEFs.

Não tem como eu me esquecer, né, prevenção, recuperação e promoção da saúde. Então eu acho que o profissional de Educação Física, bem como os alunos em formação na graduação, eles tem que ter isso em mente. [...] Então é isso mesmo, promoção, recuperação e prevenção de saúde, eu acho que a gente... Se você pegar o CONFEF, a regulamentação do CONFEF, justamente ele vai nesse tripé, que o profissional da educação física tá... Pode tá inserido (Entrevista 12).

A atuação do P/PEF na área de promoção da saúde é algo que vem ganhando maior notoriedade nos últimos anos (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016), como torna-se notório pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que traz entre seus eixos prioritários a necessidade de se fomentar o viver ativo por meio da prática de AF/PC, valendo-se destas como ferramentas de proteção da saúde. Além do mais, a prática de atividades físicas tem-se mostrado eficaz para o alcance de melhoras dos estados de saúde e é dotada de um baixo custo financeiro para o sistema de saúde, ganhando daí o seu espaço nas políticas do setor (CARVALHO, ABDALLA e BUENO JÚNIOR, 2017).

Contudo, Carvalho e Nogueira (2016) e Maciel e Couto (2018) advertem que é preciso tomar cuidado para não se pensarem as atividades físicas como meios de promoção da saúde baseados numa visão simplista de causa-efeito, que leva em consideração apenas os benefícios biológicos advindos da sua prática. Para que a EF seja vista de fato como fomentadora de ações de promoção da saúde, esta tem que ser pensada dentro do contexto sócio-histórico-cultural, de modo a estimular nos indivíduos o empoderamento, a autonomia e a participação social. Infelizmente, contudo, ainda é possível identificar trechos de falas docentes que limitam a atuação do P/PEF na saúde somente às ações de prevenção de doenças, revelando uma visão restrita do potencial da EF no rol das ações de saúde:

Então quando eu trabalho com saúde especificamente, eu tô lá num posto atendendo e fazendo prevenção, que é o que o professor de Educação Física tem que ficar. Ele tem que ficar com prevenção. Mesmo ele indo para o posto de saúde, onde muitas pessoas doentes vão procurar o posto, o professor de Educação Física é prevenção. [...] tem uma característica do professor de Educação Física que nenhum outro vai ter, que é a prevenção. Porque todos os outros trabalham com a terapia, todos (Entrevista 1).

Cabe ressaltar que não se está negando o papel da prevenção de doenças e agravos dentro das atribuições em saúde do P/PEF, apenas se tem a intenção de reforçar que, além dessa função, a EF pode contribuir de outras formas ao ser incorporada aos demais âmbitos de intervenção em saúde.

Dentro da perspectiva de prevenção de doenças e agravos, a EF é sempre atrelada à ideia de combate ao sedentarismo e as DCNTs (CARVALHO, 2016; MACIEL; COUTO, 2018), pelo fato de tais doenças muitas vezes terem como fator preditivo a inatividade física decorrente dos modos de vida atual (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017).

Entretanto, o problema citado anteriormente relativo à promoção da saúde deve aqui ser pensado de forma muito mais crítica ainda. A EF não deve ser pensada na prevenção de doenças/agravos tomando como referência apenas as evidências científicas que calcam este ideal no pensamento determinista, biológico, comportamentalista, higienista (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; MACIEL; COUTO, 2018; NEVES et al., 2015), mas deve sim ter seu olhar direcionado também para as questões de sociabilidade, culturalidade e ludicidade como partes integrantes deste processo (CARVALHO; 2016).

Pensando numa atenção integral em saúde, o P/PEF deve colocar o indivíduo como ser social em primeiro plano, e não a sua enfermidade. O olhar e escuta qualificados poderiam assim servir para potencializar o saber-fazer da EF no âmbito da saúde (NEVES et al., 2015).

Tendo em vista o alcance destes modos de se intervir em saúde, faz-se necessário desenvolver nos indivíduos e coletividades atitudes e habilidades pessoais que favoreçam a saúde. Assim sendo as ações de educação em saúde tornam-se métodos importantes para a divulgação de informações sobre saúde em diversos ambientes e para distintos públicos (GUERIN et al., 2017).

A EF, ao desenvolver ações de educação em saúde, pode possibilitar a aquisição de estilos de vida mais saudáveis, o empoderamento e participação social, o desenvolvimento de autoconceitos, a tomada de decisões saudáveis e o maior conhecimento das relações entre EF e saúde. Deste modo, o foco das ações da EF passa a ser a aprendizagem significativa, por meio da qual, mesmo nas intervenções práticas, estas ganham ressignificados baseados no desenvolvimento da consciência crítica sobre saúde (NEVES et al., 2015; SOUSA, 1996). Apesar disso, Neves et al. (2015) argumentam que os conhecimentos existentes sobre a relação entre EF e saúde ainda são precários e pouco divulgados para a sociedade em geral, o que demanda a análise e a divulgação mais recorrentes das teorias, conceitos e metodologias utilizadas pela EF para intervir em saúde.

Isto dito, vemos que os docentes apresentam visão alinhada ao que está sendo hoje colocado em pauta quanto à atuação do P/PEF no âmbito da saúde, uma vez que a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos são hoje as principais linhas de atuação deste profissional nas intervenções em saúde, sendo as demais atribuições realizadas em segundo plano, o que não quer dizer que tenham menor importância.

Com relação às ações desenvolvidas pelo P/PEF no âmbito da saúde, os docentes elencaram uma série de contribuições e intervenções que os P/PEF podem desenvolver em seus respectivos ambientes de trabalho, tendo a perspectiva de auxiliar na melhora dos estados de saúde-doença de indivíduos e coletividades.

Tendo sob enfoque inicial os lugares elencados pelos docentes como possíveis locais de intervenção em saúde do P/PEF, estes espaços podem ser claramente separados entre os ambientes atribuídos às intervenções dos licenciados e dos bacharéis, evidenciando a separação entre estas duas categorias profissionais. Tal separação instituiu-se desde a década de 1980, que de fato veio a dividir os setores de atuação, assim funcionando: ao licenciado ficou atribuído o setor formal de ensino (escolas) e ao bacharel couberam todos os demais âmbitos de atuação, que não a escola (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018):

[...] eu tenho licenciatura, são aquelas pessoas que se formam para poder atuar na educação básica, no ensino superior, ensinando e tal em ambiente formal. E o bacharelado são as pessoas que vão atuar em outros âmbitos: academia, hospital. [...]

o licenciado ele vai trabalhar com a população escolar. E o bacharel, ele vai, aí sim, desenvolver trabalho na academia, na academia de ginástica, academia de musculação, no posto de saúde, no NASF, no Programa Saúde da Família, no hospital, no hotel, no condomínio. Então ele vai atender de forma geral uma categoria de população muito maior que o licenciado, por que o licenciado vai trabalhar com o quê? Com uma população escolar, só. [...] Ele tem diversas possibilidades para trabalhar isso na escola. Quem atua fora da escola, no caso o bacharel, e aí ele vai tá em diversos lugares, lugares bem distintos. Ele pode tá numa academia, ele pode tá trabalhando na Beira Mar, ele pode tá trabalhando num posto de saúde, e tal (Entrevista 1).

Cabe pontuar que parte dos docentes se mostrou contrária a esta divisão, afirmando que o curso deveria fornecer uma formação generalista única e, posteriormente, seguir com as especializações nas áreas de interesse, assim como é feito atualmente nos cursos de graduação em Medicina:

Primeiro, eu sou contra essa divisão, certo? Eu venho de uma época onde era licenciatura plena, o professor de Educação Física era formado na base como generalista, e depois ele seguia nos seus aprofundamentos que a meu ver são dados na especialização. Nas especializações. Eu sou contra entendeu, mas é uma coisa que eu não tenho como mudar, porque infelizmente é uma coisa que vem de cima para baixo. [...] Eu acredito que deveria ter continuado como antes, porque a gente já tinha uma formação básica de “Serei professor” [...]. Então eu acredito que isso foi assim, um tiro no pé, na Educação Física, não acredito que isso vai dar certo muito tempo. Eu não vejo muito benefício nisso, que isso trouxe pra sociedade não, sinceramente. [...] Então, eu sinceramente não vejo, continuo sendo contra, não vejo como a saúde coletiva vai se dar bem nessas duas... Nesses dois meios aí não (Entrevista 6).

A nova DCNs, como já mencionado anteriormente, traz para a EF um novo modelo curricular que atende em parte este pensamento. Os cursos deverão fomentar uma etapa comum e, após metade da carga horária prevista para a conclusão, deverão ser divididos em etapas específicas, referentes à licenciatura e ao bacharelado, cabendo ao discente optar por aquela formação na qual pretende se aprofundar e atuar (BRASIL, 2018a).

Esta multiplicidade de lugares de atuação também é colocada por outros autores como Carvalho, Abdalla e Bueno Júnior (2017), que apontam as Unidades Básicas de Saúde (UBS), escolas e universidades, praças e bosques e outros espaços como possíveis lugares de intervenção em saúde do PEF. A esse propósito, segundo Candido, Rossit e Oliveira (2018), as intervenções em saúde desenvolvidas pelo PEF vêm sendo realizadas desde antes mesmo de este ser reconhecido oficialmente como profissional da área da saúde. No caso, os cenários de intervenção se caracterizavam como as secretarias de esporte, clubes e terceiro setor (Sesi, Sesc etc.). Além do mais, os autores ainda reconhecem a área do fitness como possível campo de atuação em saúde em perspectiva ampla e, numa perspectiva específica dos serviços de

saúde, colocam o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e clínicas de Medicina Esportiva como possíveis locais de intervenção.

Como pode-se depreender pela fala dos docentes, a escola é citada como o principal campo de intervenção em saúde do licenciado, sendo neste ambiente onde a educação em saúde serviria de ferramenta para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e de estilos de vida ativos:

[...] de 2010 até 2018, a Organização Mundial de Saúde lançou pelo menos 7 recomendações sobre a necessidade de se criar políticas públicas de promoção da saúde, nomeadamente para crianças e adolescentes. E ela que sempre citava fazer atividade física ou fazer alguma prática de promoção da Saúde, ela fala diretamente de Educação Física escolar. Porque é lá que começa, que deveria começar. Então manter um estilo de vida ativo e deveria aprender isso na escola. [...] Então a Educação Física, ela começa a ser citada como uma proposta, aliás, como a única proposta de trabalhar as novas gerações, porque se eu não pratico, se eu não aprendo a criar um estilo de vida nas primeiras idades, não vai ser depois de adulto que eu vou resolver isso. [...] Então a educação física ela tem essa valia sim, se ela começar a criar uma nova lógica dentro da escola, que ela é lá que começa. É lá que começa. Os hábitos, a idade crítica para a formação de hábitos é a idade escolar (Entrevista 2).

O ambiente educacional, principalmente o escolar, é avaliado por Carvalho, Abdalla e Bueno Júnior (2017), Oliveira, Gomes e Bracht (2014) e Trindade et al. (2017) como um cenário propício para a formação em saúde de crianças e adolescentes. Segundo os autores, a escola pode vir a ser um lugar potente para se trabalhar o conhecimento e sensibilização quanto ao desenvolvimento e à prática de hábitos saudáveis.

Além dessas funções, os docentes ultrapassam o âmbito da realização de atividades físicas e apontam que a EF no ambiente escolar pode, ainda, contribuir na orientação com relação às condutas e ações de saúde desenvolvidas no território, de ensinamento quanto aos direitos à saúde dos indivíduos e coletividades, etc. Ou seja, subentende-se que os docentes percebem a EF como mais do que apenas uma promotora de atividades físicas, mas que esta também pode ser vista como ferramenta política:

Já o licenciado, ele impacta ou ele pode atuar nesse contexto da Saúde, na medida em que ele forma as pessoas, durante o processo de escolarização da Educação Básica. Então ele atua como profissional da educação, como formação também ou uma aproximação maior na área da saúde, então ele forma as pessoas e pode formar para esse olhar também, da importância de você formar a pessoa na escola também olhando pro fato de que essa formação deve contribuir para a promoção da saúde desses jovens e crianças em formação e da sociedade que eles vão se inserir. [...] assim, não é foco principal do professor de Educação Física na escola, do licenciado, mas é uma temática importante a ser discutida e é uma temática importante a ser discutida na formação do cidadão. [...] ele tem que ser formado crítico e consciente, tendo o entendimento que a saúde é um direito dele, que é um dever do Estado, que não é atribuído só aos profissionais, que então o professor pode atuar nessa perspectiva também. [...] Como área também, a educação física tem uma atuação em

outras esferas, que não é a esfera do profissional de saúde, que é a esfera do professor da educação básica. E a formação das pessoas na escola, também impacta a condição de saúde do indivíduo e da comunidade (Entrevista 10).

Como observamos nas falas docentes, estes entendem que o contributo da EF no ambiente escolar situa-se além desta conscientização puramente voltada para a prática de hábitos saudáveis. Os docentes percebem que a contribuição da EF tem a ver com o desenvolvimento social do indivíduo de modo geral, preparando este para o convívio em sociedade e para as situações de saúde que se desenrolam dentro desta. Este pensamento condiz com que Oliveira, Gomes e Bracht (2014) trazem em seu estudo.

A abordagem de temas relacionados à saúde no ambiente escolar se justifica, entre outros motivos, pelo fato de poucos serem os programas executados nos serviços de saúde quem tenham como público-alvo crianças e adolescentes em idade escolar (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017). A EF entra então no ambiente escolar como uma das poucas, quiçá a única ação formativa orientada profissionalmente que tem a extensão de pelo menos 12 anos de escolarização, tendo a oportunidade de trabalhar em um período tão sensível à formação humana.

Assim sendo, a escola se mostra como um cenário privilegiado para a abordagem da saúde, seja na perspectiva de promoção da saúde, prevenção de doenças ou educação em saúde. Além do mais, o Prof. EF na condição de profissional de saúde inserido neste local, tem potencialidade para produzir benefícios à saúde tanto de estudantes como de suas famílias e comunidade (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017; MIRANDA, 2006).

Para tanto, o licenciado é amplamente aparatado para lidar com temas em saúde na comunidade escolar. Os docentes apontam como possibilidades, entre outras, a realização de aulas teóricas e práticas, gincanas, projetos, avaliações físicas, campeonatos, palestras etc..

[...] na escola ele tá amparado por exemplo, pelos temas transversais. Tema transversal saúde que está aí pra toda disciplina fazer e poucos professores aplicam isso, mas ele tá lá. Então se você for lá nos Parâmetros, tem um livro específico pra isso, com indicações e com orientações. [...] Agora na escola, eu teria que trabalhar isso de forma transversal no meu conteúdo. Então pegar uma aula de Educação Física onde eu esteja trabalhando o voleibol, por exemplo, e dentro do voleibol trabalhar um tema desses. Sobre sei lá, o uso do doping, uso do anabolizante, então dentro dessa aula. Então eu ia pegar um tema específico da saúde e ia de forma transversal trabalhar no meu conteúdo. Fora isso, lá na escola ele pode trabalhar com ações mesmo de saúde, de educação e promoção da saúde. Por exemplo, com palestras, com gincanas, com a Feira de Ciências envolvendo esse tema, fazendo avaliações periódicas na escola não só com aluno, mas com professor, com funcionário; fazer conscientizações, fazer campanha de vacinação, fazer campanhas, enfim... Ele tem diversas possibilidades para trabalhar isso na escola. [...] Trabalhar aqueles diversos conteúdos da cultura corporal do movimento, mas óbvio, com objetivos voltados, inclusive também pra saúde. Então eu tenho que trabalhar todos

os conteúdos: ginástica, luta, dança, esporte, mas eu tenho que ter um fundo de pano que é a saúde (Entrevista 1).

Ademais, também é reconhecida a possibilidade de articulação do Prof. EF na escola com outros profissionais ou outros serviços e instituições da saúde, que reflete o que esperamos dos serviços e ações em saúde, que sejam realizados fundamentados na multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade para o alcance da integralidade.

[...] ele está lá fazendo ações de saúde, e ele trabalha com avaliação física, [...] ele vai fazer orientação, reeducação alimentar junto com o nutricionista, [...] e ele também faz muita educação em saúde. Orientação para essas crianças e tal, [...] Quando eu fiz residência eu conseguia fazer ações, práticas corporais para as crianças e adolescentes na escola. Então ali além da educação em saúde na escola, pode fazer avaliação física, a gente pode fazer encaminhamento, e fazer uma parceria com a unidade de saúde para cuidar melhor dessas crianças e dos adolescentes. [...] A gente consegue também fazer formação para os professores numa semana pedagógica, falar, conseguir fazer com que esses professor tragam a saúde também para seus temas, nas suas aulas. Então fazer com que esses professores tenham um conhecimento mínimo sobre saúde para que eles possam desenvolver a saúde como tema transversal das outras disciplinas também. Além disso, a gente pode desenvolver uma clínica na escola, eu vou dizer que a... Qual seria a clínica da Educação Física na escola? Mas eu acho que seria mesmo a de promover saúde, essa é nossa maior clínica (Entrevista 5).

Algumas das ações/recursos pedagógicos que podem ser fomentados na escola para o trato de temáticas relacionadas à saúde são: aulas teóricas, textos, pesquisas, projetos, aulas práticas, avaliações físicas/ aferição antropométrica, esportes e jogos, festivais escolares, gincanas, encontros de caminhadas e corridas, competições/torneios anuais como meios de intervenção em saúde na escola (FERREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2013; OLIVEIRA; GOMES; BRACHT, 2014; OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT, 2015a; TRINDADE et al., 2017).

Estas atividades devem ser encaradas como parte do currículo escolar e não somente como intervenções isoladas e sem nexos com o restante do processo de ensino-aprendizagem (OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT, 2015a; TRINDADE et al., 2017). Esta assertiva se respalda nos PCN's, que incluem a temática da saúde como tema transversal a ser tratado no currículo escolar, não somente pela EF, mas por todos os demais componentes curriculares (FERREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2013).

Já o bacharel, segundo a perspectiva docente evidenciada anteriormente, pode intervir em saúde ao atuar em distintos espaços e com diferentes públicos, quando notório que, para esses professores, a atuação em saúde do bacharel não se limita apenas aos locais dos serviços de saúde em específico, mas se configura também em outros ambientes que

normalmente competem ao próprio fazer do bacharel, tais como academias, clubes e hotéis, por exemplo.

Neves et al. (2015) apontam a realização das AF/PC voltadas para a saúde para além dos muros das unidades de saúde. Para estes, outros espaços públicos alternativos podem e devem ser utilizados com este fim.

Tendo por enfoque os serviços de saúde como campo de atuação, temos como possíveis locais e programas de inserção: as Unidades Básicas de Saúde, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, o Programa Academia da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Distritos Sanitários, os Centros de Atenção Integral à Saúde, o Centro de Convivência de Atenção Psicossocial, as Secretarias de Saúde e hospitais. (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; NEVES et al., 2015). Além destes, ainda temos a possibilidade de engajamento do PEF em programas de formação em saúde desenvolvidos no âmbito do serviço, tais como os programas de Pet-Saúde e Residência Multiprofissional em Saúde.

Apesar de essa inserção do PEF e das AF/PC dentro do sistema de saúde ainda se mostrar incipiente, é notório que vem ganhando espaço nos últimos anos, visto que o Ministério da Saúde passou a entender tais práticas como instrumento importante de intervenção em saúde (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017).

A baixa inserção do PEF no SUS pode estar atrelada, além de uma formação inadequada, ao fato de a sua prática ainda não estar bem definida e consolidada quando se cogitam as intervenções em saúde. Não se sabe de forma clara qual a demanda específica do PEF nos serviços de saúde, o que acaba por muitas vezes limitar a sua potencialidade de contribuição, ao passo que tais questões não são discutidas durante sua formação inicial e nem em outros locais e contextos de forma geral. Assim sendo, maiores esforços se fazem necessários para trazer à tona o conhecimento acerca das funções da EF na saúde e a quebra da visão reducionista de práticas ligadas apenas aos aspectos estético-biológicos (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017).

Nos serviços de saúde são apontadas intervenções ligadas principalmente à prescrição/orientação de exercícios, avaliações físicas, práticas integrativas e complementares, formação de grupos de atenção etc. Percebe-se que estas atribuições são intimamente ligadas ao próprio fazer do profissional bacharel, que atua em outros ambientes além dos serviços de saúde, contudo, também é possível notar que estas atribuições acabam se restringindo ao aspecto biológico-motor dos indivíduos.

Alguns dos docentes conseguem perceber outras atribuições do PEF, referindo também ações tipicamente ligadas aos serviços de saúde em específico, tais como interconsultas, visitas a acamados, gestão dos serviços de saúde, por exemplo.

Na saúde nós podemos atuar com prescrição de exercícios, com orientação, com avaliação física, com mediação de grupos de práticas corporais para idoso, para criança, para adolescente, para homens. A gente atua também no cuidado com dependentes químicos aliado à prática corporal, [...]. No Posto de Saúde a gente pode atuar ainda na puericultura, [...] o educador físico também está orientando exercício, atividades, jogos, brincadeiras, para melhorar as habilidades motoras das crianças desde o primeiro ano de vida. [...]. Avaliação dos reflexos, avaliação... Uma bateria de avaliação, avaliação psicomotora, [...]. Nós podemos atuar no pré-natal, a gestante, o quê que ela pode fazer para melhorar aquele inchaço, aquele edema, aquelas dores lombares que ela tem. No hiperdia, no grupo de hipertenso e diabéticos da unidade, o quê, qual é o exercício que o hipertenso pode fazer, acompanhar junto com o médico, fazer interconsulta, [...]. Visita domiciliar, nós fazemos demais visita domiciliar na unidade, visitar a acamados, pessoas restritas ao lar. A gestão do cuidado nós fazemos e perpassamos por esse, por todo esse itinerário. Sem contar na educação permanente, [...]. (Entrevista 5).

Além da prática física por si só, os docentes também entendem que o contributo do PEF pode ser realizado visando a um maior conhecimento sobre a saúde dos praticantes. Zela-se para que estes saibam como se dá os processos de saúde-doença, tenham consciência das atitudes que podem tomar em sua realidade para melhorar sua saúde, além de se empoderar quanto aos seus direitos e deveres perante as situações de saúde-doença. Reforça-se deste modo a função política e educativa da EF ao nos referirmos às intervenções em saúde.

[...] construir um mapa dos espaços e ações de práticas motoras que acontece no território, e eu entender, me apropriar, conhecer as práticas, porque eu trabalho na atenção básica e eu recebo as pessoas, ou atendo às famílias, e aí escuto, faço a consulta e entendo e sei para onde encaminhar, consigo triar o que precisa, se precisa encaminhar, se precisa de orientação, se a atuação tem que ser em termos de mobilização da sociedade na reivindicação de espaços para oportunizar o lazer, a prática de atividade física. Então eu ainda vejo muito timidamente as ações, não vejo, por exemplo, a reivindicação de ação intersetorial no sentido de, eu estou inserido no sistema de saúde, na área da saúde, mas vai ser construída uma praça na minha área de atuação. Então eu não vejo como uma estratégia de ação eu ir participar do projeto de construção da praça, para que o projeto de construção da praça atenda a prática de atividade física. Então são estratégias que vão muito além de dar aula, ou de orientar a prática (Entrevista 10).

A realização de práticas alternativas direcionadas para distintos públicos, em diferentes fases de vida e estados de saúde, assim como um maior engajamento sócio-político ficam, desta maneira, evidenciados nas falas docentes. Revela-se, portanto, que estes entendem que a ação em saúde do PEF se sobrepuja às práticas convencionais de prescrição de atividades físicas, apesar de esta ser a principal atribuição citada.

A literatura postula que as práticas mais realizadas pelos PEF, quando inseridos nas políticas públicas de saúde, são: alongamentos, caminhadas, ginásticas, atividades de roda, circuitos, exercícios resistidos com bastões e halteres, atividades lúdicas, jogos, lutas, dança, massagem, trabalho de consciência corporal, coordenação motora e equilíbrio (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018; CARVALHO, 2016; CARVALHO NOGUEIRA, 2016). E, ademais, também são apontadas como ações: a execução de avaliações físicas, análise de composição corporal, atividades teóricas nas clínicas, educação em saúde, roda de conversa, terapia, consultas laboratoriais, palestras, consultorias, discussão de casos, realização de territorialização, busca de melhoras no ambiente que favoreçam a realização de atividades físicas, criação e distribuição de material informativo sobre atividades físicas e suas realizações na comunidade, visitas domiciliares, participação em reuniões dos conselhos locais e municipais de saúde, promoção de eventos em diferentes locais da comunidade etc. (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017; NEVES et al., 2015).

Entende-se que tais ações devam ser desenvolvidas em conjunto com os outros profissionais da saúde, de forma a criar, recriar, motivar e estimular os praticantes a cuidarem de si, do próximo e do seu ambiente (NEVES et al., 2015). Mostra-se também pertinente a inclusão dos próprios sujeitos na escolha das ações a serem executadas, fato este também evidenciado pelos docentes em suas falas (CARVALHO, 2016).

[...] a nossa prática ainda é muito de prescrever exercícios, por exemplo, que é interessante, vai ter lá seus benefícios, mas a gente não consegue raciocinar isso dentro do contexto daquela pessoa ou daquele grupo. Então às vezes a gente propõe coisas unitárias, "faça caminhadas, faça corrida", e ali a gente não tá sabendo se aquilo ali é interessante para pessoa, [...]. [...] Então ele tá sempre propondo algo sem escutar o indivíduo. [...] Ou fazer com que a pessoa, a própria pessoa reconheça o ambiente que ela está inserida no bairro. [...] entender melhor de forma mais ampla aquela pessoa, propor algo que fosse do interesse dela, ou focar em uma experiência que ela já tenha, ou propor uma experiência nova, então ver o quê que seria mais efetivo com a própria pessoa, não é o que é mais efetivo na perspectiva dele (Entrevista 9).

Esta comunicação entre os diversos profissionais e usuários se mostra importante não apenas para a manutenção do vínculo e permanência destes indivíduos nos ambientes de intervenção, mas ainda para tornar as atividades prazerosas, que atendam às expectativas, interesses, disponibilidade e necessidade dos praticantes (CARVALHO, 2016).

Uma vez reconhecidas as potencialidades e possibilidades decorrentes da articulação entre EF e SC, os docentes também apontaram as principais dificuldades percebidas no tocante à relação existente entre estas áreas. Estes afirmam que uma grande dificuldade é a visão determinista que alguns profissionais fazem entre a realização de

atividade física e estados de saúde, como se esta fosse uma relação direta e unicausal. Esse tipo de visão está muitas vezes atrelado até mesmo a outra problemática apontada, a de ter uma perspectiva apenas voltada para as questões biológicas que se desenrolam com a prática de atividades físicas.

[...] o professor de Educação Física precisa entender que só a EF por si só, ela não vai conseguir contribuir com a concepção da saúde. Isso é muito difícil para o professor de EF, por que o professor de EF ele faz uma relação causal, entre fazer atividade física, fazer exercício físico, e ter saúde. Então pra ele isso basta. Se tu fizer atividade física, se tu for uma pessoa ativa, tu vai ter saúde. E pensando na saúde coletiva, não é só isso. [...] Então é perigoso quando o professor de EF ele se volta só pra isso, a importância da atividade física, do exercício físico, da prática, da prática, da prática, e ele esquece esses outros conceitos da saúde (Entrevista 1).

Esta ideia de saúde como algo multicausal e a negação desta relação diretiva entre atividades físicas e saúde é articulada por Devidé (2002) e Mira (2003), que afirmam que os estados de saúde são decorrentes de outras variáveis que não apenas as atividades físicas, em que fatores da ordem do social e psicológico influenciam tanto quanto aqueles da ordem do biológico. Ademais, a multicausalidade como já evidenciado anteriormente, está respaldada no reconhecimento dos DSS que, conforme discutido, aponta diversos outros determinantes e condicionantes da saúde além da simples prática de atividades físicas.

Além desta problemática, ainda é se discute que muitas vezes a EF não consegue desempenhar seu papel de informação/construção de hábitos saudáveis e de ampliação do repertório motor e de atividades físicas das populações. Ou seja, a prática ofertada pelos P/PEF muitas vezes acaba se tornando vazia de significado para os indivíduos, não lhes auxiliando a compreender os ensinamentos em saúde que se desenvolvem nas entrelinhas das intervenções.

[...] a investigação fala que as pessoas não estão aprendendo nada, que as aulas elas não estão... Não são direcionadas pra que as pessoas criem o que se chama de literacia física, que é você ter capacidade de saber utilizar as práticas de atividades físicas e esportiva em favor da Saúde. [...] Me parece que as pessoas estão saindo de lá sem saber fazer isso. Ou seja, não há um nível de conhecimento. [...] A gente sai de lá e não aplica na vida, a gente não aprendeu a aplicar (Entrevista 2).

Torna-se evidente a necessidade de fomento de atividades significativas para as pessoas no intuito de que estas possam fazer correlações com os conhecimentos que já possuem e com seu dia-a-dia e tirem o maior proveito das situações vivenciadas (SOUSA et al., 2015).

Prima-se para que as atividades sejam propostas em conjunto com os participantes e a partir das necessidades, interesses e conhecimentos prévios dos sujeitos, relacionando-se

ao seu contexto e realidade e possam ser vividas e ressignificadas sempre que se fizer necessário (BATISTA et al., 2015; SOUSA et al., 2015).

Desta maneira, cabe ao PEF atentar para não reduzir sua prática à mera aprendizagem motora pautada nas questões biológicas, mas ampliá-la para que as necessidades e interesses dos sujeitos sejam contemplados por meio de sua intervenção e assim possam agir segundo uma proposta de integralidade e equidade.

Como outra dificuldade evidenciada, temos o reconhecimento por parte dos docentes de que a produção científica e de conhecimentos de forma geral entre a EF e a SC ainda é incipiente no que se refere aos conhecimentos que partem da EF. Eles reportam que pouco ainda conhecemos desta área e, conseqüentemente, pouco a articulamos às nossas práticas específicas, deixando de aproveitar as potencialidades advindas desta inter-relação.

A minha opinião sempre é que a Educação Física tem que aprender um pouco também. Porque o que a gente vê o... Em termos de velocidade sei lá, de produção de ideias, de conhecimento, a gente ainda tá muito atrás no contexto geral [...]. [...] a gente também sempre limita ou não estamos trabalhando como poderíamos trabalhar. E a área da Saúde Coletiva já propôs varias reflexões que a gente ainda não incorporou. [...] a Saúde Coletiva, que tem um raciocínio, ideias, propostas, já mais consolidados, que a gente também não se apropria muito. É um assunto ainda praticamente ausente dos cursos de formação em Educação Física. Então eu acho que a gente teria que fazer essas duas coisas, tentar se aproximar e ao mesmo tempo melhorar nossas ideias, nossas práticas, com o nosso objeto, que seria o movimento humano, atividade física, práticas corporais, seja o que... Alguém escolher falar. (Entrevista 9).

Nogueira e Bosi (2017) afirmam que o primeiro núcleo de articulação entre os saberes da EF com os da SC se deu por meio da Epidemiologia, que proporcionou embasamento para a construção da ideia de EF associada ao combate de DCNTs. Já as Ciências Sociais entram nesta composição na medida em que ampliam a visão que se tem dos objetos de estudo caros à EF e à SC, reconhecendo, assim, a multidimensionalidade da cultura corporal de movimento quando vinculada à saúde. E, por fim, o núcleo de Políticas vem sendo estruturado apenas recentemente, quando a EF ganha maior notoriedade na área de políticas e programas de promoção da saúde e prevenção de doenças (DCNTs).

As autoras, assim como os docentes, concordam no que se refere à lacuna existente na literatura científica quanto à análise da temática de articulação destas duas áreas, mesmo que suas inter-relações e inter-contribuições sejam reconhecidas. Contudo, cabe reforçar a ideia de que estas dificuldades evidenciadas pelos docentes são decorrentes de um problema inicial que, no caso, está atrelado à ausência de discussões referentes à SC nos programas de graduação em EF. Esta situação foi apontada pelos participantes e será mais bem explanada em seção posterior.

Aí muitos profissionais chegam lá para atuar na saúde e nunca viu uma disciplina de Saúde Coletiva, nunca viu uma disciplina de atenção básica, nunca viu uma disciplina de política de saúde. Ou seja, é uma... É um retrocesso para a formação e a gente deixa de ocupar espaço porque chegando lá na ponta, não sabendo fazer, as pessoas olham para essa categoria com um olhar já de discriminação, porque não sabe fazer, e isso é uma lacuna da formação (Entrevista 5).

Constata-se que os docentes possuem certo discernimento do papel da EF para a SC, das possibilidades de articulação e do contributo em saúde advindo desta inter-relação. Entretanto, assim como quando damos o enfoque sobre os conhecimentos próprios da SC, os entendimentos referentes a EF e SC ainda apresentam como espaços a serem preenchidos.

Compreendemos que o simples fato de estes reconhecerem a existência de uma articulação entre estas duas áreas já aponta um avanço, visto que em momentos passados nem mesmo estas relações eram percebidas e muito menos discutidas nos ambientes de formação. No entanto, cabe concordar com os docentes e autores quando falamos sobre a ainda incipiente produção de conhecimento advindo da EF no que se refere à SC. Apenas nos últimos anos a EF vem atentando para este campo que se abre e as possibilidades de colaboração existentes, demandando maiores esforços por parte da EF em se impor como área que pode contribuir e receber contributos da SC.

Reforça-se, deste modo, a percepção de que a EF deva abordar a saúde por um viés de intervenção significativo e pautado numa compreensão holística dos processos de saúde-doença. Para tanto, este viés deve desde cedo ser elucidado na esfera dos cursos de graduação em EF, de maneira a desenvolver nos discentes as competências necessárias para uma boa intervenção em saúde.

### *5.1.3 Competências profissionais para se intervir na saúde*

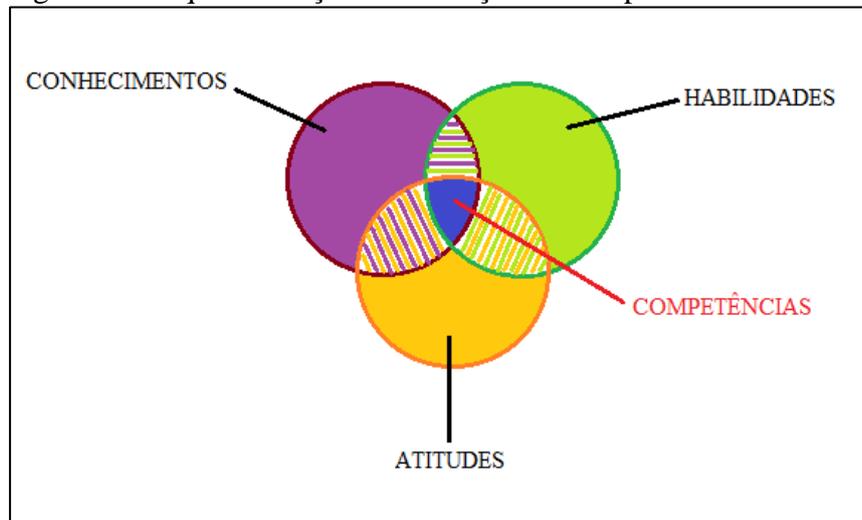
Antes de apontarmos as competências elencadas pelos docentes, é improrrogável compreender o que estes discernem como competência, visto que, teoricamente, os currículos dos cursos de graduação deveriam ser organizados de modo que, ao final do processo formativo, os discentes saíssem com uma gama de competências já pré-estabelecidas pelo corpo docente.

Tendo por base as falas dos entrevistados, competência seria um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que, quando utilizados de forma integrada, configurariam o que se denomina por competência. Na figura 3, se encontra a esquematização

desenhada por um dos entrevistados no momento em que explicava o que entendia por competência (fala abaixo):

Olha, quando se fala em competência, na verdade eu sempre coloco que são três aspectos. Então são habilidades, atitudes e conhecimentos. Quando você tem esses três juntos, então você tem assim ó (desenho)... Você tem aqui habilidades, atitude e conhecimento, aí bem aqui no meio, isso é competência. Você diz que uma pessoa é competente quando ela tem esses três. Habilidade é o saber fazer, então ele tem que saber fazer o que ele se propõe. [...] Que é pegar o conhecimento dele e aplicar de forma prática lá na hora. Agora, ele tem que ter conhecimento, então quando eu falo em saúde e eu falo de conhecimento, da mesma forma. [...] Pra mim competência é isso aqui, a junção desses três. Então ele precisa ter habilidade, que é o saber fazer, ele precisa ter conhecimento, conhecimento mesmo, teórico, questão conceitual mesmo [...]. Bom, então ele tem que ter habilidade, ele tem que ter conhecimento e claro ele tem que ter atitude. Que são as normas, sentimentos, emoções (Entrevista 1).

Figura 3 – Esquemática da definição de competência.



Fonte: Elaboração própria (2019).

Ramos e Bonvicini (2016, p. 29) evidenciam que competência pode ser encarada como este conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que, ao se agruparem, “formam um grande desempenho, qualidade de ser adequado e bem qualificado física ou intelectualmente para grandes ou pequenos desafios no trabalho. É a capacidade de tomar decisões bem informadas e coerentes.”. A competência pode ser entendida também como a capacidade de mobilizar e aplicar os saberes (conhecimentos, habilidades e atitudes) para agir efetivamente em situações que demandem tal acionamento (SANTOS, 2011). Nesta perspectiva, um indivíduo competente é aquele que sabe saber, sabe fazer e sabe ser (RAMOS; BONVICINI, 2016).

Quando questionados sobre quais seriam as competências necessárias para uma boa atuação no campo da saúde, os docentes elencaram uma série de competências de

distintas naturezas (conhecimentos, habilidades e atitudes). No que se refere às competências ligadas ao conhecimento, afirmaram que o profissional, para atuar na saúde, deve ter domínio teórico do seu campo formativo, das suas atribuições específicas e saber articulá-las com os conhecimentos da área da saúde.

Vamos lá, primeiro eu acho que as competências do conteúdo de formação básica da área da Educação Física precisa estar bem estabelecidos, e da área de saúde. Entender o que é a Educação Física, entender o que é a área da saúde, entender a principal ferramenta de atuação dele que é a motricidade humana, que é o movimento humano, numa dimensão não só biológica, numa dimensão muito ampliada cultural, social, afetiva, para saber refletir sobre os sujeitos, as populações, a comunidade, a motricidade, a cultura corporal da sociedade na qual ele vai atuar (Entrevista 10).

Entende-se que todas as ações humanas demandam certo grau de conhecimento para serem realizadas, podendo ir desde um conhecimento superficial a um conhecimento aprofundado (KUENZER, 2002). Com as ações em saúde não é diferente, pois o processo formativo pelo qual o sujeito passa deve ser capaz de fomentar os conhecimentos necessários para uma boa intervenção, sejam estes conhecimentos tácitos ou teóricos (GONZALEZ; MARTINS, 2017). Além do mais, fomenta-se a formação continuada, por meio da qual os sujeitos estejam em constante processo de aquisição, elaboração, organização, transformação e ressignificação do conhecimento (DIMES; VERENGUER, 2016; SANTANA et al., 2017).

Este mesmo pensamento é colocado pelos docentes, que afirmam que o profissional deve buscar sempre estar atualizado nos conteúdos da área e em constante processo formativo.

Além de outras, como por exemplo, ser um constante pesquisador, fazer uma releitura de uma... Ver aprendizado das novas tendências que existem, ser um eterno pesquisador (Entrevista 8).

Este apontamento é reforçado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde, que incentiva o constante processo formativo dos profissionais que atuam contexto da saúde, tendo o intuito de aperfeiçoar sempre suas intervenções e melhor atender as necessidades de saúde (BRASIL, 2018b).

Além do conhecimento do seu campo formativo, os docentes relatam uma preocupação em conhecer também a área da saúde, os contextos em que se pode contribuir e as suas formas viáveis de contribuição. Espera-se que os profissionais consigam perceber a saúde de maneira ampla, fugindo da visão restritiva de saúde ligada apenas a aspectos da ordem do biológico.

[...] tenho que ter como competência uma visão mais holística do que é saúde. Então eu tenho que conhecer como é que eu posso estar inserido nesse contexto da saúde. Eu não posso esquecer de conhecer os determinantes sociais de saúde. Então como competência para atuar na Saúde Coletiva, obviamente eu tenho que estar atualizado sobre a temática e atender nesta perspectiva da Saúde Coletiva numa visão mais holística do conceito do que é saúde. Então assim, essa competência vai primeiro, tentar na verdade, desmistificar a ideia que os alunos da Educação Física tem dessa visão apenas biológica (Entrevista 12).

Resulta evidente que os docentes entendem que deter um domínio dos conhecimentos de núcleo (EF) é tão importante quanto ter conhecimentos de campo (SC), e esta é uma competência primordial para aqueles que pretendem atuar na intervenção em saúde. Esta ideia parece muito bem representada na opinião de um dos entrevistados, que aponta:

Acho que principalmente a competência conceitual. Ele precisa saber, ele já vai começar bem se ele souber pelo menos o que é Saúde Coletiva e ele estiver disposto também aprender. Então acho que a competência que ele precisa ter, é uma competência mesmo de... Conceitual, ele tem que ter domínio sim do conhecimento, das disciplinas da Educação Física, mas ele também tem que ter um conhecimento de campo. Aí assim eu digo conhecimento sobre política de saúde, sobre saúde, conceito de saúde ampliado, níveis de complexidade do sistema, para onde eu vou encaminhar essa pessoa, o que é que eu posso fazer ela chegando para mim, o que eu vou fazer com esse sujeito. Então ele tem que ter conhecimento, tanto de núcleo, de Educação Física, do básico, que a gente sabe que muita gente não sai formado, sobretudo. E também conhecimento do campo, da área de Saúde Coletiva, atenção básica, SUS, que é a política que é vigente (Entrevista 5).

Como argumentaram Nogueira e Bosi (2017), os saberes do campo da SC e do núcleo da EF vêm se configurando como um cenário fértil e singular para as intervenções em saúde e o desenvolvimento de saberes e práticas específicas. As autoras apontam que análises sobre o campo de interseção entre a EF e a SC ainda se configuram como uma lacuna dentro da área científica, se fazendo necessárias maiores análises sobre as relações e inter-relações decorrentes da junção destes campos e núcleos de saberes.

Afora os conhecimentos teóricos, os docentes também elencaram como competência a capacidade de entender o seu contexto de atuação, buscando conhecer as pessoas com quem a intervenção ocorrerá. Esta aproximação se pauta no sentido de enxergar mais adiante, de ir mais fundo do que o superficial e de buscar compreender os modos de vida e produção de saúde destas pessoas e comunidades.

A competência ela nasce desde a sua formação acadêmica, de saber avaliar, diagnosticar, as condições do seu aluno, quais são as necessidades dos seus alunos, e a partir desse diagnóstico, ele desenvolver um trabalho de forma mais consciente (entrevista 13).

Ademais, também é pautada nas falas docentes a necessidade de se conhecerem os ambientes onde estas práticas se desenvolverão. Esta noção deriva da ideia de fornecer práticas significativas para os indivíduos, por via das quais estes se sintam priorizados ao terem seus territórios e costumes locais como focos de ações de saúde.

Tem a questão também da sensibilidade, de conhecer o campo, de conhecer aquele território, de ter uma capacidade de intervir naquela realidade. [...] de conseguir propor intervenções que são próprias daquele local, daquele espaço (Entrevista 3).

O processo de territorialização é muito utilizado nos serviços de saúde, e principalmente na atenção básica. Esta forma de conhecer os espaços do território se justifica no pensamento de que desta maneira é possível conhecer não apenas o espaço físico, mas também as questões sócio-histórico-culturais que permeiam, compõem e embasam aquele território e a população que ali reside, assim como entender as relações de saúde que se ali se estabelecem (BARBOZA et al., 2016; DOMINGUES, 2014).

Assim, vemos nestas primeiras competências o aparecimento do componente “conhecimento”. Como já referido, os conhecimentos fazem parte da tríade de aptidões que compõem o todo que é a competência. No caso das competências necessárias para se intervir na saúde, ficou claro que são fundamentais os conhecimentos teóricos para embasar as ações, mas igualmente relevante se apresenta o conhecimento dos cenários e públicos para os quais as ações são direcionadas, visto que estes são o principal alvo no concernente a intervenções em saúde.

Acordamos que uma boa formação teórica é indispensável ao profissional competente, no entanto, entendemos também que existem outros fatores que levam um indivíduo a ser considerado competente ou não. Estes outros fatores não se situam apenas na dimensão cognitiva, relacionando-se muito mais à dimensão laboral prática, de saber como, quando e de que forma atuar nas situações e intervenções em saúde, mobilizando, portanto, domínios afetivos, comportamentais e psicomotores (KUENZER, 2002).

Pensando numa perspectiva mais do “saber-fazer”, os docentes elencaram mais uma série de competências que julgam importantes. O saber mobilizar os conhecimentos teóricos para se pensar ações práticas é uma das competências fundamentais apontadas.

Então depois que eu entendi todo o contexto, consegui fazer uma leitura, tomei a decisão de como atuar, eu tenho que ser capaz de viabilizar a atuação. Então eu preciso mobilizar tudo que for necessário para atuar. [...] são competências ligadas... Eu acredito ligadas a eu preciso entender a realidade, eu preciso saber como profissionalmente eu posso intervir nela, eu tenho que ter capacidade de montar uma estratégia, um planejamento, mas sobretudo eu tenho que ser capaz de executar. Eu

tenho que ter recursos de motivação, pessoal, técnicos, porque eu tenho que executar (Entrevista 10).

Ramos e Bonvicini (2016) explicitam que os serviços cada vez mais se interessam por profissionais que saibam fazer uso de suas competências, mobilizando suas habilidades, atitudes e conhecimentos e os reorganizando de maneira tal a colocá-los em prática. Nesse sentido, a articulação de conhecimentos teóricos e práticos para a resolução de determinados problemas, assim como a capacidade de associar situações vivenciadas anteriormente com a situação a ser solucionada, são apontadas por Kuenzer (2002) como uma competência a ser desenvolvida. Este autor ainda afirma que quanto mais ricas forem as experiências vividas pelo profissional, maior será seu repertório de conhecimentos que contribuirão para a execução de ações competentes.

Os docentes comentam, em suas respostas, que os profissionais devam ser capazes de planejar as intervenções de modo a atingirem seus objetivos e atenderem de forma eficiente e eficaz as necessidades de saúde daquele público/ ambiente em que estão trabalhando. Espera-se que o profissional tenha experiência suficiente para saber escolher atividades e metodologias que melhor se adequem às situações encontradas e às metas estabelecidas:

Ele tem que ser, eu digo assim, a gente está mediando continuamente aula, saber mediar atividades da área da Educação Física com esses grupos. Então assim, todas as questões pedagógicas que envolvam um planejamento, uma mediação, de um trabalho junto à comunidade, junto às pessoas, eu acho que são necessários para um profissional na área de saúde coletiva. Então ele tem que ter essa habilidade de mediar uma aula, de saber técnicas didático-pedagógicas e também específica mesmo do que ele for trabalhar com essa comunidade ou com essas pessoas (Entrevista 16).

Entrou no discurso de alguns dos docentes a questão de possuir o domínio das questões técnicas específicas das intervenções propostas, ou seja, saber de modo consolidado o que vai ensinar, para quem ensinar e como ensinar.

Depois também eu acho que a competência técnica, dele além de conhecer, ele também ter o domínio dos procedimentos em que ele possa também desenvolver no aluno essas competências. [...] Então uma segunda competência eu considero que é a competência técnica. Dele saber desenvolver essas atividades, dele ter estratégias apropriadas para cada nível de ensino, para cada nível de... Nível social, nível cultural, para que ele possa ter essa condição técnica de aplicar (Entrevista 14).

O estudo de Kuenzer (2002) relata a necessidade de se fomentarem intervenções de cujos conteúdos abordados os facilitadores possuam domínio, de maneira tal a assegurar uma melhor associação entre teoria e prática. Repudia-se, por consequência, o fomento de

atividades por parte de profissionais que não conheçam, teórica ou praxicamente, o conteúdo que estão ministrando e obviamente não possuam domínio técnico específico do que ensinam.

Além destas competências procedimentais, os respondentes também referem a necessidade de capacitar os indivíduos para que desenvolvam competências favoráveis à sua própria saúde. Espera-se que o profissional seja capaz de entender as pessoas e fazê-las refletir sobre sua saúde, buscando ressignificar seus modos de vida de maneira tal a agirem de modo o mais saudável dentro de suas circunstâncias.

E as competências seriam de, por exemplo, ele saber, entender esses fenômenos, seja no nível social, psicológico e biológico. Entender que realmente algumas pessoas precisam melhorar a autoestima, ou precisam melhorar o conceito de si e não só diminuir o peso. Que elas precisam sentir um senso de competência, "Eu sou apto, eu consigo fazer algo, se eu quiser eu aprendo". Que ele consiga entender que há determinantes, há barreiras mais macro, que ele também tem que tentar fazer com que as pessoas entendam isso, que as pessoas tentem ressignificar isso. [...] então ele tem que ter essa capacidade de entender, de ajudar as pessoas às vezes a ressignificar. Então acho que é um processo também de fazer com que as pessoas tenham novas aprendizagens sobre aquilo, facilitar esse processo (Entrevista 9).

Depreende-se, portanto, que devemos ter por competência a habilidade de proporcionar ao outro o senso de autonomia, para que este se sinta capacitado como indivíduo para fazer escolhas que favoreçam seus estados de saúde. Esta mesma perspectiva é sinalizada por Fleury-Teixeira et al. (2008), ao incitarem a capacitação de terceiros e o desenvolvimento da autonomia como forma essencial para se alcançar melhoras na saúde ao promover o mínimo de controle/domínio sobre os DSS individuais e coletivos.

Os docentes ouvidos elencaram, ainda, tantas outras habilidades que o profissional ao atuar na saúde deve possuir, dentre as quais podem-se destacar: ser comunicativo, saber trabalhar em equipes multiprofissionais, saber trabalhar com grupos, ter proatividade e manifestar capacidade de adaptação.

Essas mesmas competências são também elencadas por Ramos e Bonvicini (2016), quando trazem em seu estudo a concepção de que a competência diz respeito à capacidade de: resolver de tarefas, ser comunicativo, assumir iniciativa, ir além do que está prescrito, dominar os modos de fazer, ser dotado dos saberes técnicos, possuir comportamento e atitudes adequados, se adequar às mudanças de situações, compreender estas situações, ser responsável e ser reconhecido pelos demais.

A capacidade de comunicação expressa pelos docentes e exemplificada logo abaixo diz respeito à aptidão de comunicar-se, levando em consideração o contexto sociocultural entre os interlocutores. Pode-se dizer que um profissional competente comunicativamente é aquele que sabe sobre o que, quando, com quem, onde e de que forma

falar, não se tratando apenas de domínio gramatical, mas sim de também saber comunicar-se em contexto apropriado (HYMES, 2015).

Talvez uma outra competência, essa talvez eu considere mais interessante, não digo nem mais importante do que as outras, é a capacidade de comunicação. Então essa competência de comunicação, ela é importantíssima (Entrevista 14).

Em um contexto pedagógico, a competência comunicativa refere-se à habilidade do profissional em estabelecer uma comunicação eficiente e eficaz com os alunos, de modo a alcançar os objetivos educativos estipulados. Ou seja, pode-se considerar a competência comunicativa pedagógica uma variável da comunicação interpessoal, cuja finalidade se distingue desta segunda devido à intencionalidade da instrução/educação de terceiros (ROLDÁN, 2003).

Quanto ao trabalho multiprofissional, os docentes evidenciam a necessidade de saber reconhecer a importância do trabalho em conjunto e do saber do outro, ponto também defendido por Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015) e Lima e Oliveira (2018), que advogam pelo trabalho em equipes multiprofissionais como um caminho para se alcançar a integralidade.

Esse profissional eu percebo que ele tem que ter um engajamento com profissionais de outras formações também. Eu não posso ter um olhar muito egoístico, digamos assim, eu não posso ter um olhar focado só para minha disciplina não. Eu tenho que ter uma sensibilidade também para atuação dos demais profissionais, certo? (Entrevista 11).

A opinião é embasada no sentido de que, para se tornar resolutivo, muitas vezes o saber específico isolado não é capaz de, por si só, dar conta da multidimensionalidade que permeia os estados de saúde-doença, mas que apenas um conhecimento integral, cunhado na multiprofissionalidade, é capaz de atender para todas as vertentes envolvidas nestes processos (CASANOVA; BATISTA; RUIZ-MORENO, 2015). Entendendo a importância desta temática, maiores discussões acerca da intervenção multiprofissional serão apresentadas em seção posterior.

A potencialidade do trabalho com grupos se evidencia na fala de alguns dos docentes e também é abordada por diferentes autores que elencam em seus trabalhos as inúmeras vantagens do trabalho grupal.

Eu diria que a capacidade de trabalhar em grupo e de inverter esse conhecimento que ele traz. [...] Eu acho que essa capacidade do professor de trabalhar grupos, de trabalhar com grandes grupos, de influenciar grandes grupos, é uma competência que deve ser eu diria... É o maior bem que nós temos. [...] então ele tem a

competência de trabalhar e influenciar no momento só da sua intervenção grandes grupos (Entrevista 2).

O estudo de Mello, Luft e Meyer (2004) elucida que a utilização de intervenções em grupo podem ser tão ou mais eficientes que atendimentos ambulatoriais individualizados no combate a determinadas DCNTs e suas comorbidades. Isso porque, ao trabalhar com grupos, nos é proporcionado um novo modo de se fazer saúde pública, no qual as necessidades e características das populações assistidas tornam-se mais evidentes. Isso acontece devido à maior exposição e valorização das questões sócio-histórico-culturais que, ao serem trabalhadas em conjunto, ganham notoriedade (RASERA; ROCHA, 2010).

Diante da potencialidade advinda de tais atividades, a qualificação do profissional que as conduz torna-se importante, pois este guiará os caminhos a serem percorridos e as ferramentas a serem utilizadas neste processo. Assim sendo, espera-se que o profissional seja detentor de tal competência.

No que se refere à proatividade, ponto ilustrado na fala abaixo, Ramos e Bonvicini (2016) postulam que o profissional competente é aquele que, dentre outras habilidades, possui também a capacidade de ser proativo, mostrando-se participativo nas ações realizadas e desempenhando um trabalho completo que inclusive supere as suas atribuições específicas.

E, sobretudo, a proatividade de fazer. [...] E isso demanda muita proatividade, muito sentido de querer fazer, de buscar, de entender que para atuar eu preciso dar conta de muitos fatores que interferem, que intervêm, e que eu preciso atuar, que eu preciso pôr em prática a decisão de intervir, qual seja ela (Entrevista 10).

Espera-se que o profissional seja capaz de assumir responsabilidades, pensar e tomar decisões favoráveis acerca das tarefas que lhe são incumbidas, ter iniciativa e ser capaz de propor mudanças no seu cenário (DIMES; VERENGUER, 2016).

Sobre a capacidade de adaptação, Silva (2003) traz em seu estudo a ideia de que, a partir das novas Diretrizes Curriculares Nacionais, o profissional egresso dos cursos de EF deve ser capaz de ser versátil e adaptável. Espera-se, por conseguinte, que este saiba adaptar-se às mais diversas situações de trabalho, sendo estas conhecidas ou não, ajustando-se às ocorrências emergentes de forma autônoma e habilidosa. Com relação a esta competência, os docentes afirmam:

Eu diria a capacidade de inclusive, de refletir e mudar no meio do percurso a situação, que muita gente tem dificuldade para isso. Por exemplo, eu posso desenvolver a competência e ao analisar uma atividade ter saídas para dentro dessa própria atividade, sem perder o objetivo, ter outras trilhas (Entrevista 2).

Antunes (2007, p.146) traz em seu estudo a noção de que “os programas de preparação profissional não devem ser planejados exclusivamente para acompanhar os conhecimentos da prática atual, mas devem preparar as pessoas para as mudanças futuras”. Ou seja, tem-se em mente que o profissional deve ser preparado para estar apto a moldar-se de acordo com as mudanças que apareçam em seu caminho, e adaptar-se sem perder sua essência.

Neste ponto, discutimos todas as competências elencadas que se encaixam dentro do perfil de “habilidades”. As habilidades, como já citado, se referem à capacidade de fazer uso dos conhecimentos ao utilizá-los em ações específicas. Pudemos apreender que os docentes não apenas elencaram esta capacidade de mobilização dos conhecimentos, como também apontaram caminhos a serem seguidos para a efetivação plena desta mobilização. Entendendo que apenas a capacidade de articulação entre teoria e prática não configura um bom profissional, é necessário também que este performe atitudes profissionais básicas, tais como: manifestar vontade de atuar, ser responsável e ter estabilidade emocional. Deste modo, estamos de acordo que o profissional competente atitudinalmente é aquele que exerce uma boa articulação entre domínios cognitivos e comportamentais (KUENZER, 2002).

Considerando as competências atitudinais, os docentes mencionaram questões relacionadas ao modo de agir com as populações e formas de mobilização dos profissionais para a realização dos serviços. Referiram, à vista disso, a necessidade de o profissional de saúde apresentar empatia pelos usuários do serviço, ou seja, posicionam-se a favor de um olhar atento e cuidadoso sobre o outro, numa movimentação de solidariedade e compreensão do seu estado de saúde-doença e de seu contexto sócio-histórico-cultural.

É muito restritiva falar uma competência única, mas eu penso muito que é empatia. Então tem que ter empatia, tem que saber realmente sentir, perceber o que aquele paciente sente, ou aquele paciente as limitações e as dificuldades. [...] Tem que ter muita empatia, tem que ter muito cuidado, muita paciência. Então é o que transcende a questão técnica. Eu penso que trabalhar com Saúde Coletiva, tudo tem haver com o modo técnico, a gente sabe, biológico, mas tem que transcender. Acho que é empatia realmente, de você gostar de cuidar de grandes grupos, não só de grandes grupos, mas entender. Eu acho que o maior problema hoje do profissional é não entender o seu aluno (Entrevista 15).

A empatia nos serviços de saúde também é temática discutida por Rezende et al. (2015) e Savieto e Leão (2016), que apontam que a empatia deve ser encarada como um conteúdo a ser incluso nas formações profissionais, devido à sua potencialidade para o estabelecimento de uma boa relação entre profissionais e pacientes. Isso porque, por meio do comportamento empático, o vínculo torna-se mais sólido, propiciando o estabelecimento de

estratégias de cuidado que serão mais bem assentidas por ambos. Para tanto, o estabelecimento da comunicação é peça primordial nessa relação, seja verbal ou não-verbal (REZENDE et al., 2015).

Como uma das formas de se exercer e efetivar esta empatia, pode-se lançar mão de outra competência elencada pelos docentes, que é a capacidade de ouvir e de saber aconselhar quando oportuno, ou seja, o estabelecimento da comunicação, como anteriormente referido.

Muito ouvido para ouvir as pessoas que têm a dizer. Porque muitas vezes o educador físico ele é uma pessoa que também atua como um conselheiro, em muitíssimos casos. Então ele precisa mais que ministrar aula, ouvir. Então mais importante que qualquer tipo de intervenção é você ter essa empatia, ouvir o que ele tem a dizer, e dar algumas orientações para tornar essas pessoas mais ativas (Entrevista 8).

A escuta sensível e ativa evidenciada por Nobre et al. (2016) e Oliveira et al. (2017), reafirma a questão do saber ouvir e do colocar-se no lugar do outro para efetivar a integralidade do processo de atenção à saúde. Além disso, quando o profissional assim atua, passa a conhecer e compreender o contexto do qual aquele indivíduo emerge e assim melhor se embasa acerca de suas enfermidades.

Espera-se que o profissional esteja capacitado para se fazer disponível e atento na escuta do usuário, dedicando seu tempo para ouvi-lo e sanar as suas dúvidas (SILVA; MENEZES; DIAS, 2014). Deste modo, o vínculo terapêutico torna-se fortalecido, e a receptividade ao cuidado prestado é maior (OLIVEIRA et al., 2017). O estabelecimento dessa comunicação favorece outro ponto elencado pelos docentes, o do aconselhamento.

Recomenda-se que os serviços de saúde utilizem o aconselhamento como ferramenta de explicação e argumentação acerca dos benefícios da adoção de estilos de vida saudáveis, pois compreende-se que este proporcione maior adesão dos usuários às recomendações prescritas (HÄFELE; SIQUEIRA, 2016).

Outro ponto manifestado pelos docentes foi a consciência que o profissional deve demonstrar do seu papel social como profissional que lida com pessoas e que atua nos serviços de saúde. Os professores reforçam o dever ético, social, político, sanitário, epidemiológico e educativo dos profissionais e a necessidade de internalização desses deveres como forma de reforçar e potencializar tais responsabilidades, contribuindo para a prestação de um serviço mais humanizado.

Uma outra competência que eu acho que o Professor de Educação Física deve ter bem claro na sua cabeça, não é só o Professor de Educação Física, mas qualquer professor, é o seu papel social, é a responsabilidade com o outro, é uma competência

que ele deveria tá bem desenvolvido, é o respeito pelo próximo e saber que o seu papel de educador, ele vai muito mais além do que aquela simples aula. É o exemplo que ele dá, a forma como ele conversa com as pessoas e o respeito. O Professor de Educação Física ele deveria ser um agente da construção social. Um professor que tivesse um olhar muito voltado para a sociedade e não somente voltado em si mesmo. [...] Porque o professor, ele, sobretudo, ele é um educador. Então eu acho que alguns valores são muito importantes para que um indivíduo seja um bom professor. [...] eu acho que o professor ele deveria ser ético, ele deveria ser de bom caráter, deveria ser responsável, deveria ser um exemplo daquilo que ele faz (Entrevista 4).

Como em qualquer profissão, o P/PEF responde a um código de ética profissional, neste caso regulamentado pelo Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) pela Resolução nº 307, de 2015 (CONFEF, 2015). Assim sendo, entendemos que, mais que simplesmente atuar com AF/PC, o P/PEF deve atentar também para as questões éticas e morais próprias da sua atuação, visto que trabalha diretamente com pessoas nas mais variadas situações de vida.

O ponto da humanização, outra competência elencada pelos docentes, tem relação direta com a questão das responsabilidades éticas do P/PEF e vem ganhando destaque no cenário nacional, havendo inclusive políticas próprias que abordam esta questão.

E humanidade, ser humano, porque não dá para você trabalhar com o humano pensando em saúde se você não é humanizado. Mas eu acho que essa é a principal característica sabe? A humanidade, ser uma pessoa humanizada (Entrevista 6).

A Política Nacional de Humanização é um exemplo disto, visto que traz a questão da humanização da atenção e da gestão do SUS mediante uma maior articulação entre usuários, profissionais e gestores. Para tanto, são traçadas como diretrizes dos serviços: o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, a ambiência, a clínica ampliada e compartilhada, a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2013b).

As competências atitudinais, como evidenciado por Santos (2011), dizem respeito aos aspectos sócios afetivos que se relacionam às esferas do trabalho. Os docentes acompanharam a mesma ideia, cunhando competências que mais tinham a ver com os modos de ser, as questões endógenas dos profissionais, do que com os modos de fazer.

Torna-se evidente desta maneira que foram contempladas nas falas docentes todas as três esferas que compõem as competências: conhecimentos, habilidades e atitudes. Assim sendo, verificamos que os docentes estão sintonizados com o conceito de competência que vem sendo abordado hoje na literatura, o que pode contribuir para a elaboração de currículos voltados para o desenvolvimento de tais competências.

### ***5.1.3.1 Competências específicas do Professor e Profissional de Educação Física***

No que se refere às competências específicas do P/PEF, das quais nenhum outro profissional da saúde seria detentor, os docentes elencaram, na maioria das vezes, capacidades ligadas à prescrição de exercícios físicos/ práticas corporais.

Sim, eu acredito que a principal competência mesmo, é trabalhar com as práticas corporais. Trabalhar com o exercício físico em si. Eu acho que de fato a gente não pode perder isso de vista. Eu acredito que o Profissional de Educação Física ele deve tá sempre voltando na sua essência. Lembrando que a prática corporal é sim a nossa principal competência (Entrevista 3).

A colocação da competência específica ligada a exercícios físicos/ práticas corporais coaduna com a ideia do movimento humano ou da cultura corporal/cultura de movimento/ cultura corporal de movimento, como alguns chamam, como sendo o objeto de estudo da EF (BETTI, 2007; BRASILEIRO et al., 2016; MENDES; NÓBREGA, 2009; NEIRA; GRAMORELLI, 2017).

Seguindo a lógica destas práticas como o objeto de estudo da EF, de fato a sua prescrição pode ser entendida como uma competência específica da EF, visto que, considerando todas as variáveis envolvidas no processo de movimentar-se, nenhuma outra profissão é preparada durante a graduação para o seu trato.

Além da simples prescrição, também foi citada pelos docentes a avaliação das práticas como uma competência específica do P/PEF ao atuar na saúde. A referência a esta competência segue o mesmo raciocínio do ponto anterior, pois, se apenas o P/PEF possui o domínio pleno da prescrição de exercícios físicos/ práticas corporais, apenas este também é capaz de avaliar os resultados advindos desta prática de maneira integral.

A específica, que eu acredito que o Profissional de Educação Física precisa ter, é aquela de conhecer as ferramentas, os métodos, e a prescrição. Ou seja, a elaboração dos exercícios para os praticantes. E também ter a competência de avaliar esse impacto. Então, eu conheço muitas pessoas que ministram aulas, mas ele não tem a competência de verificar o impacto. Então isso é importante tanto quanto ministrar é importante verificar (Entrevista 8).

No que compete aos processos de avaliação da atividade física, Ribeiro et al. (2017) comentam que a preocupação mundial com a inatividade física tem motivado o aumento do número de avaliações referentes às intervenções de incentivo às atividades físicas/ práticas corporais. Segundo Reis et al. (2017), este tipo de avaliação permite a

identificação de problemáticas a serem solucionadas e o reconhecimento de intervenções exitosas que podem ser tomadas como modelos a serem seguidos.

Marques e André (2014) alegam que estas avaliações devem ser utilizadas para descrever, classificar e estudar os hábitos de atividades físicas das populações e suas alterações ao longo do tempo. Segundo os estudiosos, estas avaliações podem ser realizadas a partir de métodos diretos e indiretos, cabendo ao profissional ter o preparo técnico para identificar qual deles melhor se adequa ao seu objetivo avaliativo e ao público investigado.

Seguindo a linha das competências ligadas aos exercícios físicos/ práticas corporais, foi exposto pelos docentes como competência específica também o desenvolvimento da literacia física.

Eu acho que uma competência específica, que é a possibilidade da literacia física, de desenvolver a literacia física. Que é o quê? Fazer com que o indivíduo saiba, tenha a capacidade, tenha o saber de realizar as atividades físicas e esportivas. Isso é uma competência específica da Educação Física, que é a literacia física. Desenvolver a literacia física. E que a literacia física, é a capacidade dele saber sobre as atividades físicas e esportivas, a ponto de poder fazer as suas opções e ter condições de participar efetivamente (Entrevista 2).

A literacia física pode ser compreendida como uma forma de expressão sociocultural realizada por meio do movimento, sendo esta exteriorização embasada na compreensão que se tem acerca dos aspetos envolvidos no ato de movimentar-se (ONOFRE, 2017).

a literacia física é uma competência multidimensional, que se aprende e se traduz pelo domínio de uma cultura motora diversificada e socialmente reconhecida, assente numa aptidão física ajustada que permite que cada indivíduo possa com confiança, autonomamente e de forma perseverante, envolver-se na prática de atividade física, ao longo da vida (ONOFRE, 2017, p. 330).

Entendendo que todo indivíduo tem potencial para o desenvolvimento da literacia física, mas que este desenvolvimento está diretamente ligado à oferta de vivências e experiências que o estimulem, o P/PEF, em seus diversos ambientes de atuação, pode contribuir significativamente para o aumento do leque de literacia física dos indivíduos.

Revela-se importante, então, que o profissional esteja capacitado tecnicamente para fomentar tais aprendizados de modo significativo e, levando em consideração o seu contexto, potencializar a capacidade de escolha e vivência de estilos de vida ativos por parte dos indivíduos.

Saindo do âmbito das práticas corporais, também foi apontado como competência específica da EF o desenvolvimento de vínculos afetivos pelo toque, característica muito presente no desenvolvimento das ações da EF.

Outra característica é a proximidade que o Professor de Educação Física é muito forte, a proximidade por quê? Por que geralmente esse Professor de Educação Física, geralmente, ele vai trabalhar com atividades corporais, seja ela qual for. Uma ginástica terapêutica como uma yoga, conscientização corporal e tal. E isso vai gerar o toque, o toque vai gerar uma possibilidade muito grande, o vínculo, o diálogo, daqui a pouco a pessoa tá conversando contigo e você tá gerando a escuta. Aqueles preceitos da Saúde Coletiva. O cuidar do outro, cuidar do outro não só numa questão física e biológica, mas o cuidar como humano. Então eu acho que isso é muito forte na Educação Física. Isso não se gera, por exemplo, na medicina. Porque esse vínculo ele é muito esquisito na medicina. Você entra ali, você vê quase um Deus na sua frente, você fica meio de cabeça baixa, o que ele falou tá falado, ele é muito rápido, é uma coisa que não gera vínculo, não gera diálogo, não gera esse cuidar. Os enfermeiros tentam fazer isso e estudam muito isso, mas o que eu vejo acontecer mesmo é com a Educação Física, principalmente no serviço (Entrevista 1).

Amorim, Assis e Santos (2014) indicam o desenvolvimento de vínculos entre usuários e profissionais dos serviços de saúde como ferramenta importante para as ações em saúde. Nesse contexto, a especificidade da EF dentro deste cenário se dá pelo toque, o que de fato é algo presente e importante na realização de atividades físicas, principalmente quando há o intuito de orientação de execução de movimento ou até mesmo na intenção de fortalecimento das próprias relações sociais entre profissional e aluno/cliente/paciente.

Houve caso de docente que não conseguiu identificar uma competência específica da EF, ou então, até soube elencar uma competência da específica da EF, mas afirma que esta não se aplica ao contexto da SC.

Para o profissional de Educação Física em si, eu percebo uma dificuldade minha em identificar uma competência só dele, eu acho que é muito amplo, a Educação Física é uma área de atuação muito ampla e a Saúde Coletiva também (Entrevista 11).

No caso acima, entende-se que a dificuldade do docente em apontar uma competência específica se deve primordialmente à amplitude de coisas que perpassam tanto a área da EF como da SC. Tal situação dificulta a identificação de uma competência que perpassasse pelas duas áreas e que seja, ao mesmo tempo, exclusiva desta interação.

Tem. Tem questões específicas que teriam, mas quando a gente lida de pessoas com... Que tem deficiências, por exemplo, graves né, precisam de atendimento especial, pronto. Nessa situação aí sim. Pessoas do nosso projeto que precisam de um atendimento individualizado, que isso acontece, aí o que tem mais conhecimento, que é da área de Educação Física, vai saber lidar com isso. [...] Mas não é o caso, a Saúde Coletiva ela visa, como a atividade física para a promoção da Saúde, ela visa o entendimento da atividade física de modo simples e geral, não o atendimento específico e individualizado. A partir do momento que ele passa pra um

atendimento individualizado que [...], ai merece um nível de conhecimento, de informação muito melhor (Entrevista 7).

Já na afirmação acima, identifica-se o reconhecimento da prescrição de exercício individualizado como sendo uma competência exclusiva da EF. Contudo, faz-se presente também a afirmação de que tal competência não seria válida dentro do contexto da SC, pois, nesse âmbito, as práticas realizadas não seriam voltadas para o atendimento individualizado, mas sim coletivo, em que os objetivos das ações são mais gerais e não tão específicas.

Todavia, entendemos que, mesmo em situações de atendimentos grupais, o direcionamento individualizado não deve ser perdido por completo dentro do processo, pois acreditamos que cada indivíduo possui sua particularidade, e esta deve ser observada e atendida no momento da realização das intervenções de AF/PC.

Seguindo a mesma abordagem, podemos observar o relato de experiência trazido por Santos et al. (2018), que relata o trabalho de uma PEF nos serviços de saúde de um Centro de Saúde da Família. O trabalho pontua que, apesar de a profissional ministrar aulas coletivas, estas possuem caráter individualizado, pois não deixam de considerar as especificidades da condição de saúde de cada usuário.

Deste modo, depreendemos que os respondentes compreendem que tudo aquilo que está relacionado com o exercício físico/ prática corporal pode ser encarado como competência específica do P/PEF, uma vez que estas práticas se configuram como seu objeto de estudo.

É prudente destacar que compreendemos que qualquer profissional pode estar envolvido na recomendação de atividades físicas para os indivíduos e populações. Contudo, concordamos com a ideia de que, em se tratando da prescrição/avaliação de tais práticas, apenas o P/PEF é detentor do conhecimento pleno no que se refere às variáveis envolvidas no ato de movimentar-se, no gerenciamento destas variáveis e das suas repercussões nos estados de saúde-doença.

Outro fato que chama atenção nas competências elencadas é a forte valorização da competência prescritiva ligada à orientação da prática de exercícios sempre ilustrada no saber dar aula ou no intervir dando aula. Isto revela a influência formativa ligada à atuação do P/PEF como um profissional da docência, quer no ambiente formal de ensino, quer em seus demais campos de atuação.

Tal ponto pode estar atrelado à presença de três cursos de licenciatura na investigação, o que pode propender as informações para este cunho de atuação. Decorrente

disso, as estratégias e competências de atuação elencadas podem ter sido limitadas, deixando em aberto diversas outras competências cabíveis ao P/PEF que não foram mencionadas.

Com relação ao desenvolvimento destas competências durante a graduação, os docentes manifestam visões distintas. Há aqueles que não reconhecem que estas competências estejam sendo desenvolvidas na graduação, aqueles que afirmam não saber se estão sendo desenvolvidas, e aqueles que acreditam que os discentes estão saindo da graduação com estas competências. Apenas uma pequena parte destes afirma que tais competências não estão sendo desenvolvidas pelos discentes. Estes apontam que o processo formativo ainda é frágil no que compete à formação em saúde, deste modo, o desenvolvimento das competências necessárias para uma intervenção adequada em saúde é prejudicado.

Não. A Educação Física ela é muito frágil. Tanto na licenciatura como no bacharelado. Então a meu ver, nem a licenciatura, nem o bacharelado, estão preparando para isso (Entrevista 1).

Dentre as causas apontadas para o não desenvolvimento dessas competências, os docentes colocam a formação conteudista voltada muitas das vezes apenas para a abordagem da saúde sob o prisma do biológico.

Na licenciatura acaba assim... Pelos próprios professores da licenciatura que são conteudista, eles não formam para o ensino, eles não formam a pessoa para ser professor. Eles formam naquele determinado conteúdo. No que se refere à saúde então é fraquíssimo, frágil demais, você tem curso de Educação Física aí que nem disciplina de Saúde Coletiva ou saúde pública tem. Então é fraquíssima, pobre demais. Quando você vai para o bacharelado, aqui acolá aparece alguma disciplina sobre isso, mas novamente a má formação que ainda é muito tecnicista, é muito biológica, é muito conteudista (Entrevista 1).

A ausência de disciplinas que trabalhem os conteúdos próprios dos serviços de saúde também é apontada como possível razão que dificulta o desenvolvimento destas competências, pois, se o discente não vê nada relacionado ao serviço, dificilmente este será preparado para desenvolver competências que sejam adequadas às práticas realizadas nesses ambientes.

Por essas características da própria literatura e da área, a gente está formando para prescrição individual em ambientes específicos. [...] E na perspectiva da Saúde Coletiva, ou nos serviços públicos, na atenção básica, a gente praticamente o aluno nosso atualmente não vê nada. A gente tem algumas pinceladas que algum professor fala, mas a gente não tem disciplinas obrigatórias nessa área (Entrevista 9).

A existência de lacunas na formação inicial dos P/PEF quanto à preparação para intervir em saúde é pauta de diferentes trabalhos (FALCI; BELISÁRIO, 2013; SANTOS;

BENEDETTI, 2012). Esta situação, ainda evidente nos cursos de EF, pode acarretar no não desenvolvimento de competências essenciais para um trabalho qualificado nesta perspectiva.

Pensando em minimizar os efeitos negativos desta situação, a formação complementar tem sido uma alternativa procurada por aqueles profissionais que querem uma qualificação maior para o desenvolvimento destas competências em específico. Programas como as Residências Multiprofissionais em Saúde e PET-Saúde são os mais evidentes quando concerne à inserção do PEF nestas capacitações adicionais (SANTOS; BENEDETTI, 2012).

Questões sobre a reestruturação da formação inicial do P/PEF de modo a melhor atender a área da saúde serão discutidas mais pormenorizadamente em seção posterior.

Alguns respondentes relatam que os discentes até saem da graduação com algumas competências, porém, não por oferta de vivências durante o curso que as desenvolvam, mas sim por esforços dos próprios discentes que buscam fora dos muros da universidade oportunidades para que tais competências sejam estruturadas.

Alguns sim. Mas não por conta da preparação, na minha opinião, e sim pelo interesse do próprio aluno que corre atrás, vai fazer curso, se informa, faz sabe... Estágio (Entrevista 8).

O protagonismo discente entra neste caso como facilitador do processo de aquisição de competências, o que é reforçado por Soares e Cunha (2017) em seu estudo. As autoras afirmam que, para a universidade ofertar um ensino de qualidade, ela deve fomentar o protagonismo e autonomia discentes. Deste modo, é ideal que se formem profissionais capacitados para atenderem as demandas dos serviços, demandas estas que cada vez mais exigem dos profissionais competências técnicas, emocionais e atitudinais pautadas no autoconhecimento e na reflexão.

Com o ganho de autonomia, os discentes tendem a se engajar em diferentes atividades extracurriculares que complementem a sua formação inicial básica. Esta busca se dá, entre outros motivos, pela percepção da importância de estar em constante processo de aquisição de conhecimentos e por constatarem que a graduação nem sempre é capaz de mobilizar todas as habilidades e experiências necessárias para uma atuação profissional de qualidade (OLIVEIRA; SANTOS; DIAS, 2016).

Com relação àqueles docentes que alegaram não saber se tais competências estão sendo desenvolvidas, estes relatam não terem certeza se os discentes estão saindo da graduação com estes saberes, mas acreditam que a formação contribui sim para isso. Dentre as razões que os levam a pensar que essas competências estão sendo fomentadas, os professores apontam: a reformulação das matrizes curriculares que vêm buscando atender à

formação em saúde, a dedicação dos professores para trabalharem com os discentes estas competências e pela própria proposta político-pedagógica dos cursos.

Então eu não sei te falar ao certo como é que eles estão saindo, porque não estou diretamente ligado aqui no curso com esses alunos. Então assim, eu não tenho como te dar uma... Eu imagino que sim, pelo que é proposto pelo curso, a competência será [...] e eu como professor da área, puxo muito isso, eu não avalio isso (Entrevista 15).

Contudo, percebe-se que a maior parte dos docentes analisa que estas competências estão sendo desenvolvidas durante a graduação. Os motivos que justificam tal pensamento são diversos, podendo encontrar em suas falas justificativas embasadas na estrutura curricular, nos esforços docentes/discentes e na busca por atendimento ao mercado de trabalho.

Quando se fala de estrutura curricular, há docentes que afirmam que o modo como o currículo é organizado já favorece o desenvolvimento das competências, pois este seria pensado de modo a ter como foco justamente a sua construção.

[...] Então eles veem toda, toda a política do SUS, e aí vão a campo, visitam e atuam também. E aí eles têm esses módulos, e eu acho que como é um currículo integrado, alguns professores vão puxando também um pouco disso nos seus módulos [...]. O currículo integrado ele já foi concebido como um currículo por competências, então é um currículo onde todo o curso elencou as competências do egresso, e durante todo o curso a gente tá vislumbrando desenvolver essas competências finais nesse aluno. (Entrevista 16).

No cenário nacional, os PCN's estimulam a adoção da formação por competência visando à expansão e à melhora da qualidade do ensino diante dos desafios do mundo atual que estão em constante transformação (SOUZA; VARELA; BRANCO, 2015). Entende-se que o ensino por competências acaba por estimular nos discentes, entre outras coisas, o senso crítico-reflexivo, a criatividade, curiosidade, a resolutividade, a articulação de saberes e a eficiência. Para tanto, a organização do currículo por competências não segue exclusivamente um arranjo por objetivos, ementas e disciplinas tão conhecidas dos currículos tradicionais. Entretanto, isto não quer dizer que tais recursos não possam ser utilizados (SOUZA; BIELLA, 2010; SOUZA; VARELA; BRANCO, 2015).

Deste modo o currículo por competências acaba se tornando um currículo integrado, muitas vezes composto por módulos temáticos que têm por finalidade o desenvolvimento de determinada competência, seja ela geral ou específica (SOUZA; BIELLA, 2010).

Pensando no desenvolvimento das competências elencadas, os informantes referem que os cursos favorecem a vivência de diferentes situações em que são exigidas, seja por meio de disciplinas, estágios, cursos, atividades. Aponta-se que isto é possível graças aos docentes que buscam fomentar experiências nas quais os discentes tenham que, em algum momento, fazer uso da competência que se pretende trabalhar e, assim, agregá-la ao seu repertório formativo.

[...] às vezes pelos olhos de alguns alunos, ou até em visitas em alguns momentos, ou pelos olhos das avaliações sobre o nosso curso, eu tenho visto que eles saem com muitas competências. Essas competências elas estão... Elas tão permeando a formação deles. [...] Então ele tem que desenvolver competências para estudar conteúdos teóricos específicos, ele tem que desenvolver competências e habilidades para executar tarefas práticas da profissão dele específica, tudo isso é trabalhado no curso. Ele lida com a complexidade do movimento humano no curso, então lida com a dimensão biológica, ele lida com a dimensão afetiva, com a dimensão social, com a dimensão cultural, ele tem a oportunidade de fazer tarefas teóricas, tarefas práticas, exercícios onde o principal é a atitude que ele toma para com o outro. [...] Eu acho que eles no final eles saem com muitas oportunidades de formação assim, que convergem para o desenvolvimento dessa competência. Então é assim, ninguém passa por aqui sem apresentar uma coreografia, ninguém passa por aqui sem passar por um modelo de prova X, então ele tem... Ele vivencia uma diversidade de situações, onde ele é posto à prova e desenvolve essas habilidades e essas competências. Então acho que eles estão saindo assim, bem... Com muitas ferramentas. Não vou dizer que a competência, acho que se eles chegarem lá e forem postos à provas, eles vão estar com as competências tudo ali, no arsenal da formação dele, [...] (Entrevista 10).

Barreira et al. (2014) apontam que a diversidade de metodologias de ensino e de recursos, bem como o fomento a diversas oportunidades formativas, tais quais discussões, análises textuais, redações e resolução de problemas, servem como meios para se alcançar o interesse e efetivar a aprendizagem de um maior número de discentes. Como recurso facilitador do desenvolvimento destas competências, os docentes trouxeram os próprios esforços como ferramenta importante neste processo. Foi reforçada a importância do estímulo e da cobrança por parte dos docentes destas competências ao longo da formação, incentivando, assim, o seu desenvolvimento no corpo discente.

A gente sempre procura, o nosso corpo docente ele é muito qualificado. Os professores são muito comprometidos na sua grande maioria e os alunos também são alunos muito diferenciados, [...]. E depois é porque a gente exige realmente nas disciplinas algumas competências que eles devem desenvolver. Como eu te falei, a gente procura ser professores que estimule o senso crítico do aluno, a gente procura sempre fazer isso. Que estimule o bom senso do aluno, não só o senso crítico, o bom senso, a consciência coletiva no pensar no próximo, a gente tá sempre estimulando isso na sala de aula. E, além disso, a gente tem cobrado eles sim, um bom entendimento do conteúdo técnico. [...] E eu acho que eu... Os discentes da nossa universidade, na sua grande maioria, eles tem sim desenvolvido essas competências (Entrevista 4).

Entendendo que o professor deve assumir um papel de mediador do processo de ensino/aprendizagem, Moran (2000, p. 144-145) explica que a mediação pedagógica pode ser entendida como:

(...) a atitude, o comportamento do professor que se coloca como um facilitador, incentivador ou motivador da aprendizagem, que se apresenta com a disposição de ser uma ponte entre o aprendiz e sua aprendizagem – não uma ponte estática, mas uma ponte “rolante”, que ativamente colabora para que o aprendiz chegue aos seus objetivos.

Encontramos relatos nos quais os entrevistados afirmam que o desenvolvimento das competências tem sido feito não só para melhor atender às exigências de saúde das populações, mas também para responder às necessidades do mercado de trabalho. Para a EF, a SC vem-se colocando como mais um campo de atuação, exigindo, assim, o desenvolvimento de competências específicas que atendam a esta área e sua demanda.

[...] É uma área promissora. E pensando nisso, em preparar melhor os profissionais para inserir no mercado de trabalho, que tenha esse leque de possibilidades na área da Saúde Coletiva, a matriz curricular nova que entra em vigor 2019.1 ela vem com enfoque ainda maior para Saúde Coletiva. Mas assim, eu percebo sim que a gente tem o preparo, mas que o mercado precisa e a gente tem que acompanhar o mercado, isso é fato (Entrevista 11).

De fato, a SC vem se configurando nos últimos anos como um novo nicho mercadológico de atuação do P/PEF, sendo tal fato discutido em diferentes estudos já apontados aqui. Contudo, temos de ter em mente que a área da SC é bem mais complexa que isto e demanda uma atenção mais holística ao se pensar no desenvolvimento de competências.

Pensando numa formação que seja capaz de atender a esta nova demanda de maneira qualificada, a próxima seção se propõe a discutir o atual cenário formativo dos cursos de graduação em EF das Universidades pesquisadas, tendo o enfoque sobre a formação para atuação em/na Saúde Coletiva.

## **5.2 Formação em e para a Saúde Coletiva**

O intuito desta seção é responder à necessidade de identificar estratégias e recursos educacionais utilizados nos cursos de graduação para a abordagem do tema da Saúde Coletiva. Partindo disto, são abordados os conteúdos e intervenções que os docentes entendem que devem ser desenvolvidos na formação inicial do P/PEF, de modo a atender melhor a formação em e para a SC.

Também é discutida a questão dos recursos pedagógicos utilizados na abordagem destes conteúdos e intervenções, na busca pelo reconhecimento da utilização de disciplinas, projetos de extensão, grupos de pesquisa e estágios durante a formação inicial que promovam a discussão desta temática nos cursos de EF.

Analisa-se também a questão da integralidade do tema SC com o restante do currículo da graduação e a integração entre os cursos de EF com os demais cursos da área da saúde nas universidades pesquisadas. O debate sobre tais pontos se revela necessário na medida em que procuramos formar profissionais pautados nos princípios da integralidade e da multiprofissionalidade, o que demanda o estabelecimento de pontes entre os conhecimentos do núcleo da EF com os conhecimentos dos núcleos de diferentes formações da área da Saúde.

Observe-se que a abordagem destas questões já prenuncia o que encontraremos ao nos determos sobre o atual cenário da formação em saúde coletiva nos espaços de graduação estudados. A discussão destes recursos e formas de organização dos cursos é basilar para pensarmos no modo como as temáticas da SC vêm sendo articuladas nestes espaços, pois entendemos que, em locais onde tais condições não sejam bem estabelecidas, a formação tenderá a encerrar uma abordagem lacunária.

### 5.2.1 Conteúdos da Saúde Coletiva a serem abordados na graduação

Quando pensamos numa formação em e para SC em cursos de graduação em EF, urge priorizar a abordagem de conteúdos capazes de sustentar a sua atuação profissional. Ao compreenderem a relevância da inclusão de conteúdos específicos da SC e de conteúdos pautados na interseção destas duas áreas, os docentes consultados elencaram diversos conteúdos vistos como importantes para uma formação em SC adequada.

Os informantes entendem, *a priori*, que a abordagem do que é a Saúde Coletiva é um tema que deve ser planejado nos cursos. A conceituação da área, seu histórico, estruturação e conhecimentos básicos, foram temáticas citadas pelos docentes.

[...] a Saúde Coletiva de uma forma generalizada. Alguma disciplina que manifestasse esses principais conteúdos, o que é que trabalha, o que é que na realidade é. Tratasse do que é básico na Saúde Coletiva, não para a Educação Física, mas na Saúde Coletiva de uma forma geral. Pra todos os profissionais de saúde (Entrevista 6).

Entendemos e concordamos que a abordagem da SC, como campo de saber e de práticas, detentora de uma epistemologia própria, deve fazer parte dos currículos dos cursos

de graduação em EF. Esta ideia ampara-se pela compreensão da SC como componente de um dos campos de saber e prática em que o P/PEF pode intervir, o que legitima, por si só, a necessidade de se trabalharem conceitos desta área durante a formação inicial.

Pensamento análogo é discutido por inúmeros autores, tais como Anjos e Duarte (2009), Costa et al. (2012), Oliveira (2018) e Palacio et al. (2018) que também associam conteúdos relativos à SC a cursos de graduação em EF como forma de preparar de forma qualificada o futuro profissional, que certamente deverá lidar com temáticas de saúde ou, ainda, no próprio serviço de saúde.

De forma geral, o cenário que vemos na maioria das universidades analisadas no território nacional é o de que os temas relativos à formação em saúde e às temáticas da SC em específico ainda são pouco presentes nos currículos da formação inicial em EF (PALACIO et al., 2018). O estudo de Costa et al. (2012), por exemplo, ao analisar a grade curricular dos cursos de EF de 61 IES (35 públicas e 26 privadas), verificou que 44 (72,1%) destas instituições não possuíam disciplinas que abordassem os conteúdos da Saúde Pública/Coletiva, sendo as IES particulares e os cursos de bacharelado os que contavam com a maior presença da temática.

Entretanto, mais uma vez advogamos para a importância da discussão de temas como estes durante a graduação, uma vez que auxilia no processo de ampliação da visão discente quanto às possibilidades de inserção acadêmica e profissional. As discussões ampliam o a noção de saúde, e os modos de inserção nos serviços de saúde podem ser mais condizentes com os esperados (LOCH, 2016).

Considerando as três grandes áreas que compõem o campo da SC: Epidemiologia; Ciências Sociais e Humanas; e Política, Planejamento e Gestão em Saúde (CAMPOS et al., 2006; RUSSO; CARRARA, 2015), os docentes listaram conteúdos referentes a estas três esferas como temas importantes de serem abordados durante a formação inicial do P/PEF.

[...] questão de estudos epidemiológicos, que dão base para o entendimento da saúde coletiva (Entrevista 4).

Como mencionado anteriormente, a Epidemiologia é uma das áreas que compõem o tripé da SC (OSMO; SCHRAIBER, 2015) e pode ser encarada como o primeiro núcleo de vinculação entre a EF e a SC, ao pensarmos na visão do sedentarismo como fator de risco à saúde (NOGUEIRA; BOSI, 2017). De fato, diante das transições epidemiológicas, demográficas e nutricionais, estudos que associam a prática de atividades físicas ao combate das DCNTs demonstram a sua pertinência no âmbito dos estudos epidemiológicos

desenvolvidos na atualidade quando se cogita a interlocução entre estas duas áreas (CARVALHO; CARVALHO, 2018; NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Contudo, Carvalho e Carvalho (2018) atentam ao cuidado que se deve ter com a lógica epidemiológica utilizada em parte destes estudos, pois esta elege as atividades físicas como ferramentas onipotentes de enfrentamento das DCNTs. Esta cautela é justificada no fato de que devemos ter em mente que os estados de saúde-doença se dão de maneira bem mais complexa do que esta relação unidirecional.

Apesar de os estudos epidemiológicos de EF e SC serem importantes do ponto de vista de análise e planejamento de intervenções sanitárias, contudo, sua lógica, baseada unicamente nos aspectos biológicos, deixa de considerar o aspecto multidimensional que permeia os fenômenos de saúde-doença ligados ao movimento. Levando em conta este aspecto, se faz primordial a abertura do campo da epidemiologia às questões referentes às ciências sociais e humanas, configurando os estudos da epidemiologia da atividade física como pertencentes à lógica da Epidemiologia Social (CARVALHO; CARVALHO, 2018; NOGUEIRA; BOSI, 2017). Parece útil revelar, nesse esteio, que as menções feitas à abordagem da epidemiologia pelos docentes não enfocaram nenhuma questão em específico, apenas um dos docentes relacionou a epidemiologia sob o prisma das DCNTs.

Com relação às Ciências Sociais, apenas dois docentes alavancaram este conteúdo como parte importante de ser suscitada nos cursos de graduação, o que acaba por notabilizar que tal temática ainda não é tão lembrada quando falamos de questões de saúde, restando ao largo da prática e da teoria a respeito.

[...] as Ciências Sociais e Humanas, a gente traz Sociologia, Antropologia, Filosofia, e junto com a saúde. E aí como são as relações de poder na saúde, entendeu? Então a gente trabalha Foucault, entende? [...] Então traz o conceito de cultura, de grupos sociais, de relação de poder, isso na saúde. (Entrevista 16)

Segundo Russo e Carrara (2015), esta relação secundária existente entre Saúde e Ciências Sociais tem suas origens no próprio saber científico, que por anos colocou as Ciências Sociais e Humanas (CSH) como menos científicas do que as ditas Ciências Exatas. Pautada em áreas que por vezes podem ser consideradas externas à saúde como, por exemplo, a Sociologia, Antropologia, Economia, Ciências Políticas, as Ciências Sociais em saúde se fazem importantes na medida em que abordam aspectos da ordem do sócio-histórico-cultural nas discussões sobre os estados de saúde-doença de indivíduos e populações. Nesta linha, as Ciências Sociais e Humanas atravessam as questões de saúde por meio de pontos como DSS,

condições de saúde das populações, organização social de saúde, por exemplo. (RUSSO; CARRARA, 2015).

Nesta perspectiva, a EF se associa com as Ciências Sociais e Humanas quando reflexões advindas dessas áreas passam a auxiliar no processo de reconhecimento da multidimensionalidade da cultura corporal vinculada à saúde. Aponta-se, assim, a subjetividade e a singularidade individual e coletiva como componentes importante desta relação homem-movimento-sociedade-saúde (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Como integrante dos currículos de EF, as CSH geralmente se fazem presentes mediante conteúdos específicos, alguns dos quais elencados por Gutierrez, Almeida e Marques (2016, p. 943):

a) ciências sociais (política, sociologia, antropologia); b) psicologia; c) metodologia de pesquisa/teorias do conhecimento/ epistemologia; d) filosofia/ética; e) educação/didática/estrutura e funcionamento do ensino; f) lazer/recreação; g) gestão/marketing esportivo.

Como é notório, temas como imagem corporal, cultura, gênero, lazer e linguagem. Podem ser desenvolvidos pela EF no viés de saúde e cultura corporal de movimento (GUTIERREZ; ALMEIDA; MARQUES, 2016).

Já as Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde foram abundantemente referidas nas respostas dos professores. Questões como políticas públicas de saúde, gestão em saúde, leis que regulamentam a saúde e orçamento da promoção da saúde foram listadas como conteúdos a serem trabalhados.

[...] trazer a política de saúde, política de promoção da Saúde, trazer a Lei 8080, lei orgânica, trazer a lei ou as leis que da saúde, a Lei 8.142. [...]falar sobre política de saúde [...] sobre gestão na saúde, sobre modelo assistencial (Entrevista 5).

Percebe-se, desta forma, que principalmente o setor das “políticas de saúde” é reconhecido pelos docentes como um conteúdo importante de ser visto durante o processo formativo. A interseção entre EF e esta área vem ganhando maior notoriedade nos últimos anos, quando as práticas de atividades físicas começam a ser incluídas nos principais documentos normativos de saúde (OLIVEIRA, 2018), quando sabe-se que, historicamente, as políticas e programas sociais que contemplavam a EF tinham relação majoritariamente com as áreas esportivas, de lazer e de educação. Apenas nas últimas décadas, com a emergência das DCNTs, políticas públicas passaram a dar vasão às vinculações entre EF e Saúde (NOGUEIRA; BOSI, 2017).

Apesar de a relação entre EF e saúde ser datada de muito tempo, apenas há 22 anos, após a publicação da Resolução 218/97, houve o reconhecimento legal dessa convergência (OLIVEIRA, 2018). Como reflexo disso, apenas recentemente a EF passou a ter maior espaço de inserção nos serviços de saúde – tendo na criação do NASF-AB um dos seus marcos históricos – e a versar sobre temáticas da saúde nos seus diversos espaços de discussão e atuação (LOCH, 2016).

Além do NASF-AB, a EF também foi contemplada na Lei Orgânica da Saúde, pela Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, o que deu embasamento para sua inclusão nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica/Atenção Primária e Secundária em Saúde no âmbito do SUS (Unidades Básicas de Saúde e Centros de Apoio Psicossocial) (CARVALHO; CARVALHO, 2018).

Seguindo na linha de Políticas, Planejamento e Gestão, o Programa Saúde na Escola (PSE) visa levar ações de saúde para o ambiente escolar, tendo nas atividades físicas e na figura do Prof. de EF potencialidades latentes para o trato de temas referentes à saúde e para a sensibilização quanto à construção e manutenção de hábitos saudáveis e de estilos de vida ativos (OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT, 2015a; OLIVEIRA; MARTINS; BRACHT, 2015b).

Deste modo, vemos uma aproximação da EF com o setor das políticas, programas e ações relacionados à saúde, favorecendo que a sociedade reconheça a importância das AF/PC para a manutenção da saúde e tenha maiores possibilidades de se inserir nestas.

Superando o conceito de SC e suas configurações, os respondentes também apontaram a necessidade de empregar o conceito de saúde de forma ampliada. Almejar-se-ia, com isso, aumentar o campo de visão do discente, de modo que ele entenda que a saúde é mais que aspectos biológicos, envolvendo também aspectos de natureza sócio-histórico-culturais.

Então eu preciso trabalhar na Saúde Coletiva de forma geral, o conceito de saúde amplo, entender isso, que não é só uma questão biológica, não é só ausência de doença, não é só uma questão física, uma questão corporal, uma questão que eu measure. Eu preciso entender a saúde como algo muito amplo (Entrevista 1).

Loch (2016) aponta que parte dos conteúdos abordados nos cursos de EF devem ser amplos ao explorar a saúde, de modo a se promoverem a discussão de temas comuns a todas as profissões de saúde. Compreende-se que tais conteúdos, mesmo possuindo uma base de informações vasta, são importantes para que o profissional consiga perceber justamente a

amplitude da saúde e seus modos de configuração, auxiliando até no vislumbrar da sua especificidade perante os cenários de saúde.

Isso se torna uma demanda devido à visão muito biologicista que ainda pauta os cursos de graduação em EF (ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; PALACIO et al., 2018). Na própria resposta de alguns docentes, é possível perceber a alusão de conteúdos referente à saúde ligada apenas às questões biológicas de comorbidades específicas e prescrição de exercícios físicos.

[...] entendimento da atividade física e das variáveis de controle de treinamento. [...] os conteúdos relacionados justamente à prática da atividade física. [...] Aprender a medir pressão, por exemplo, aprender os sinais vitais de socorros de urgência, [...] a gente falar das doenças dos pacientes [...] Então a gente passa todas as doenças, doenças cardiovasculares de todos os tipos até outros fatores de risco, diabetes, obesidade, então você tem que tá lidando com isso. E das intercorrências que podem ocorrer e variáveis de treinamento, isso é o que mais a gente passa nas disciplinas. Fisiopatologia das doenças e variáveis de treinamento relacionados à fisiopatologia. [...] algum controle que tem específico de cada doença (Entrevista 7).

Como bem disse Loch (2016), a relação existente e a potente contribuição que se desenrola do encontro destas duas áreas ultrapassa o componente biológico. Não se está negando que o tratamento de doenças e o condicionamento físico fazem parte desta vinculação, contudo, existe uma série outra de correlações presentes que precisam ser reconhecidas.

Dentre estas podemos citar as vinculações sociais, psicológicas, cognitivas e afetivas, que integram a discussão da EF enquanto prática de todos e destinada para todos. (CHAGAS; SILVA; PINHEIRO, 2015; CRUZ; SANTOS, 2016).

É possível encontrarmos registro na literatura de cursos de EF que adotam a saúde numa perspectiva ampliada, no entanto, parte destes ainda aborda os conteúdos referentes à área pautados numa perspectiva biológica individualista, no curativismo, na prescrição de exercícios e no adestramento dos corpos, que desconsidera outros aspectos relacionados (ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; PALACIO et al., 2018).

Na tentativa de sanar tais entraves, também emerge da fala docente a busca por adentrar na relação virtuosa entre à EF e SC, ou seja, explicar por que, como, quando e onde estas duas áreas se interligam e se correlacionam.

Sobre a intervenção do Profissional de Educação Física na Saúde Coletiva. E aí deveria ter também assim, esse... Qual é a intervenção do Profissional de Educação Física na saúde, a legislação. Nossa legislação, o que legitima a atuação do Educador Físico na saúde? Então aí trazer lá as resoluções que diz que a gente, que nós somos profissionais da Saúde. [...] sobre a intervenção do Professor de Educação Física no SUS, na saúde, na Saúde Coletiva (Entrevista 5).

Ou seja, torna-se evidente que é preciso estimular a inserção da EF no âmbito da saúde e na SC de modo geral, necessidade identificada não apenas pelos professores dos cursos investigados, mas por outros tantos profissionais que muitas vezes se inserem nos serviços de saúde ou trabalham com a saúde em outros locais de atuação e só então percebem que tais conteúdos deveriam ter sido mais discutidos durante sua graduação, como é presente no estudo de Costa et al. (2012), ao discutirem sobre a realidade de muitos P/PEF que operam nos serviços de saúde e, ao se depararem com um cenário não debatido em seus cursos de graduação, têm que procurar formações complementares para sanar a lacuna deixada na formação inicial. Por vezes os discentes dos cursos de EF até se interessam pelo tema da SC, mas, por barreiras da própria instituição e da matriz curricular, tal conhecimento não é abordado (PALACIO et al., 2018).

De maneira semelhante, os informantes referem a necessidade de se debaterem assuntos pertinentes ao SUS, local mais capilar para o PEF quando se discutem os serviços de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos da área de saúde preconizam que se realize uma articulação entre o sistema de saúde vigente, no caso o SUS, e a educação superior. O objetivo desta articulação é justamente a capacitação desse futuro profissional para a atuação no sistema de acordo com seus princípios, diretrizes e conceito de saúde (para o bacharel) ou a propagação de tais questões nos ambientes escolares (para o licenciado) (OLIVEIRA; ANDRADE, 2016).

No entanto, pode-se dizer que a EF atendeu apenas em parte as recomendações feitas pelas DCNs, pois, apesar de eventualmente debater a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, pouco é discutido com relação ao SUS. A origem de tal problemática pode estar associada à baixa inserção da EF nos ambientes deliberativos de saúde, tais como fóruns, associações, assembleias, o que dificulta a compreensão da saúde pública nessa disciplina (OLIVEIRA; ANDRADE, 2016). Não obstante, isto também pode ser reflexo da própria DCNs da área da EF, em cujo seu texto não menciona o sistema de saúde como objeto a ser apontado na formação profissional (OLIVEIRA, 2018).

Fundamentando-se nessas carências vêm sendo realizadas nos últimos anos modificações e redirecionamentos teóricos, práticos e conceituais nos cursos de EF para atender a demandas relacionadas à formação em saúde alinhada com o SUS. Essas modificações são necessárias, uma vez que a principal porta de entrada do PEF nos serviços de saúde é via programas e políticas públicas do SUS, e tais questões precisam ser examinadas durante a graduação (FREITAS, 2018; OLIVEIRA, 2018).

Tendo em vista essa formação concentrada também no SUS, os docentes apontaram temas como princípios, políticas e estrutura do SUS para serem objetos de estudo dentro das formações em EF.

[...] estudar o SUS, toda a política do SUS, com a gente eles só veem a política de humanização do SUS. Mas assim, como é que é estruturado os princípios do SUS. [...] toda estrutura de SUS, de tudo, de como é estruturado os princípios e tudo (Entrevista 16).

Os assuntos elencados tornam-se oportunos na medida em que, como já evidenciado anteriormente, grande parte dos programas de saúde onde os P/PEF se inserem são fomentados pelo SUS. Por se tratar de um sistema complexo, de grande cobertura territorial e de serviços, o SUS hoje é ferramenta essencial na assistência em saúde da população brasileira (PAIM et al., 2015), merecendo espaço para ser debatido dentro dos cursos de graduação em saúde. Disciplinas de Saúde Pública e Saúde Coletiva configuram-se como espaços oportunos para a realização dessas discussões, pois podem agregar em suas ementas informações sobre o sistema de saúde, sua fundamentação, estrutura, conceito de saúde preconizado, modelos de atenção, conhecimentos sobre epidemiologia e vigilância em saúde, processos de trabalho, dentre outras. (COSTA et al., 2012).

Quando cogitamos a inserção do PEF no SUS, nota-se um engajamento ainda incipiente, sendo pouca a experiência deste profissional nos serviços públicos de saúde. Essa baixa inserção acaba configurando-se como um desafio para a definição tanto do seu papel profissional como das competências necessárias para sua atuação nestes locais (OLIVEIRA; ANDRADE, 2016). Contudo, outras profissões da saúde também se encontram em situação semelhante, em que nem sempre a formação atenta para o fomento à aproximação com o SUS (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018).

Não obstante esta situação, as AF/PC vêm gradativamente ganhando seus espaços como práticas de saúde nos territórios e programas da área. As UBS e escolas cada vez mais adotam as iniciativas de AF/PC como possibilidades de intervenções em saúde, tendo nas práticas/aulas grupais o maior nicho de adesão (CARVALHO; CARVALHO, 2018).

De modo correlacionado, as ações desenvolvidas no SUS também foram foco dos relatos docentes no que concerne aos conteúdos a serem abordados. Questões como educação em saúde, promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças e agravos foram as temáticas mais citadas.

[...] formação básica em saúde. [...] a promoção da Saúde, prevenção de doenças, e a recuperação de doenças. (Entrevista 10).

Como discutimos no capítulo anterior, o P/PEF tem potencialidade para intervir em saúde visando aos aspectos de promoção, prevenção proteção e reabilitação da saúde, além das ações educativas (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; MACIEL; COUTO, 2018; NEVES et al., 2015; SOUSA, 1996). Diante disso, a discussão de tais temas durante o curso de graduação é de grande importância, pois, fundamentaria a ação dos profissionais nos seus respectivos ambientes de trabalhos e nas intervenções promovidas.

Temáticas outras foram apontadas esporadicamente por alguns docentes. Dentre estas, podemos citar: o cuidado de si e do outro; organização dos serviços de saúde; saúde mental; formação multidisciplinar; saúde nos diferentes ciclos de vida; programas que incluem o PEF em seu quadro profissional; situação nacional de saúde; práticas integrativas e complementares; e estudo interdisciplinar em saúde.

O período de formação profissional inicial é importante, pois é nele que se adquirem conhecimentos indispensáveis para a atuação na área específica. Assim, considerando que cabe ao Profissional de Educação Física, além das atividades técnicas, a intervenção social, [...] julgamos necessário repensar sua formação inicial. Esta deve, portanto, contribuir com a criação de profissionais que possuam domínio de conhecimento em todas as suas possíveis áreas de atuação, além de formar profissionais críticos, capazes de compreender e colaborar com a transformação da realidade social na qual estejam envolvidos (COSTA et al., 2012, p. 108).

É tomando por base a colocação acima que entendemos que os conteúdos pertinentes de serem trabalhados na graduação em Educação Física, no que se refere à formação em e para a Saúde Coletiva, não se esgotam com os assuntos aqui exemplificados. A SC é um campo vasto e complexo que merece atenção, assim sendo, concorda-se com os docentes em todas as temáticas levantadas, pois se entende que estas possuem sua carga de importância no todo que é a SC e a interseção entre EF e SC.

Apreende-se também que muitos docentes possuem a visão da SC como sendo um campo de saber que pode vir a contribuir muito com a EF quando abordado de maneira ampla e embasada. Tomam-se, então, seus conhecimentos básicos como alicerce na construção de conhecimentos conjuntos entre as duas áreas. De maneira geral depreende-se que os docentes vislumbram conteúdos coerentes com o que se solicita para uma atuação qualificada em saúde. Contudo, é possível constatar que a visão biologicista da saúde ainda se faz presente nos cursos de graduação, cujo reflexo podemos identificar nas falas docentes, que não conseguem conceber a saúde em seu conceito ampliado, considerando os aspectos sociais ali envolvidos.

### ***5.2.1.1 A abordagem de conteúdos da Saúde Coletiva nas graduações analisadas***

Com relação à abordagem de conteúdos referentes à SC nos de graduação atualmente, há docentes que apontaram a falta de discussão destas temáticas e há aqueles que defendem que esses conteúdos estão sendo abordados, mesmo que de modo indireto e transversal.

Mas eu acho, por exemplo, que uma questão que não é discutida ainda no nosso curso, e que merece atenção, é sobre o Sistema Único de Saúde. Eu acho que a gente não ainda se debruçou sobre essa questão, eu acho que a gente poderia ter maior intervenção no SUS, o Profissional de Educação Física. Eu acho que o nosso curso ele falha nessa discussão. Uma outra coisa que também eu acho que a gente poderia desenvolver mais e não desenvolvemos ainda, é questão de estudos epidemiológicos, que dão base para o entendimento da Saúde Coletiva. [...] Que é uma outra questão que nós não discutimos na universidade. Sistema único de Saúde, política pública de saúde, epidemiologia, eu acho que são todas as questões relacionadas à Saúde Coletiva e que são pouco desenvolvidas no nosso curso (Entrevista 4).

Muitas das vezes, esta não abordagem está relacionada com o modo como os próprios docentes lidam com as questões da saúde em suas disciplinas, quando fica sob sua responsabilidade individual o fomento de momentos de discussão destas temáticas.

E na perspectiva da Saúde Coletiva, ou nos serviços públicos, na atenção básica, a gente praticamente o aluno nosso atualmente não vê nada. Dependendo do professor ainda, ele aborda ou não aborda conteúdos de Saúde Coletiva, de atenção básica, de SUS (Entrevista 9).

Entendemos que a abordagem deste tema tão importante para a formação do P/PEF não deve ficar sob incumbência apenas do docente e de sua decisão de discutir ou não tais conteúdos. Vislumbramos que, em um cenário formativo ideal, essas discussões devam ser incluídas na própria matriz curricular como componente formativo obrigatório, possibilitando aos discentes a apropriação deste campo do saber e de atuação ao longo do seu processo formativo.

É sob esta perspectiva que, segundo relatos docentes, algumas das instituições investigadas já estão despertando para a abordagem destes conteúdos em cursos de graduação, situação que idealmente deveria ser seguida pelos demais cursos de EF.

Sim. Eu acredito que... Agora eu tô afastada pro doutorado, mas existem vários outros professores que também tem uma formação na área da Saúde Coletiva. E a gente vem tentando implementar dentro do nosso curso, fazendo essa relação com os diversos conteúdos dentro da Saúde Coletiva e formando profissionais que sejam cada vez mais reflexivos, com uma visão mais ampla do mercado. [...] Então assim, baseado nisso eu acredito que os professores tem feito esse gancho de quase todos os conteúdos se relacionando com a Saúde Coletiva (Entrevista 3).

A fundamentação sobre a EF e SC urge ser discutida nos ambientes formativos, uma vez que o mercado de trabalho nesta área vem se consolidando a cada ano e conseqüentemente necessita-se de profissionais capacitados para atender às demandas e princípios dos serviços. Além do mais, cresce também a necessidade de ampliarem as discussões sobre a temática nos ambientes formais de ensino, como as próprias escolas. Deste modo, entendemos que maiores articulações precisam ser feitas entre as duas áreas, na tentativa de que as necessidades de saúde das populações sejam mais bem contempladas.

De maneira semelhante, os debates sobre o SUS e suas possibilidades de intervenção configuram-se como pauta a ser dialogada, visando, assim, a uma atuação do P/PEF, seja em qual for o ambiente de atuação, consoante o que vem sendo as preconizações mais recentes na área.

### *5.2.2 Recursos educacionais utilizados na abordagem da Saúde Coletiva nos cursos de Educação Física*

Em um processo formativo, diferentes recursos educacionais podem ser mobilizados visando à discussão dos conteúdos pré-estabelecidos na matriz curricular. No que se refere à forma de abordagem dos conteúdos referentes às temáticas da SC dentro dos cursos de EF, os docentes apontam a possibilidade de trabalhos por meio de disciplinas, projetos de extensão e grupos de pesquisa como os principais meios a serem utilizados.

Eu acho que a gente tem toda a possibilidade de desenvolver esses conteúdos em disciplinas específicas, a gente poderia ter uma disciplina voltada à Saúde Coletiva. [...] E é uma coisa que eu discuto muito com os alunos, assim, eu acho que deveria ser abordada em disciplinas, em atividades de extensão e de pesquisa. O tripé da universidade é esse. Então a gente poderia estimular professores [...] a desenvolver projetos de extensão pra atender as comunidades adjacentes, com relação à Saúde Coletiva. E pesquisas. [...] Então o professor que faz pesquisa nessa área, que é profissional de Educação Física, ele deveria sim tentar levar o aluno da Educação Física para esse campo de intervenção. [...] Então o professor, a “Universidade X”, ela poderia fazer uma intervenção tanto na graduação, em disciplinas, extensão, com atividades de extensão desenvolvida por professores para atender a comunidade e também aos alunos, discentes; pesquisa mais voltada a quem trabalha na área, e uma consciência política da importância do engajamento pra desenvolver essas áreas (Entrevista 4).

Nesta lógica, os docentes contemplam o princípio educativo das universidades, que seria o da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Este tripé formativo implementado nas Universidades tem como base legal o artigo nº 207 da Constituição Federal de 1988, que preconiza tal indissociabilidade como um dever a ser cumprido (GONÇALVES, 2015; MAFFEI; FERREIRA; BOTIGELLI, 2015).

Busca-se a articulação destas ações (ensino, pesquisa e extensão) no intuito de que a Universidade atenda às funções educativas e sociais que se esperam dela, estendendo e divulgando os conhecimentos produzidos para a sociedade em geral. Deste modo, entende-se a Universidade como um ambiente onde se desenvolvem atividades de ensino (graduação e pós-graduação), pesquisa e extensão: caso não haja um destes elementos, o que se tem é apenas “ensino superior”, mas não universidade (GONÇALVES, 2015).

Como pontuado no estudo de Manchini, Pedrotti e Krug (2018, p. 133):

[...] da mesma maneira que o ensino está presente na construção do investigador e nas tarefas extensionistas da instituição, a pesquisa encontra, na extensão e no ensino, horizontes incentivadores de inquirição, transformando-se conseqüentemente, critério mentor do formar pedagógico. Sendo assim, todos os esforços se tornam fundamentais no sentido de unir-se no ensino/pesquisa/extensão, devido à importância coletiva de ampliação de condições de uma educação de qualidade.

Percebe-se que as ações formativas que integram ensino, pesquisa e extensão fortalecem a prática do futuro profissional, na medida em que possibilitam um maior contato e articulação entre teoria e prática, vinculando, assim, os conhecimentos vistos em sala de aula com as realidades sociais extramuros (MAFFEI; FERREIRA; BOTIGELLI, 2015; MANCHINI; PEDROTTI; KRUG, 2018). Além disso, observa-se que a participação em atividades extraclasse contribui para um maior engajamento discente com sua própria formação, colocando o estudante como protagonista do seu processo formativo (SANTOS; OLIVEIRA; COSTA, 2017).

### ***5.2.2.1 Disciplinas de Saúde***

Com relação às disciplinas, os docentes apontam a necessidade de que tais disciplinas sejam obrigatórias, com uma carga horária adequada e de modo tal que contemple pelo menos os conteúdos básicos que um curso da área da saúde deve ter sobre SC.

Dando oportunidade já dentro da graduação, vivenciar as disciplinas, que deveria ser obrigatória (Entrevista 8).

A questão de se fomentarem disciplinas específicas de SC nos cursos de graduação em EF, que sejam obrigatórias e que contem com uma carga horária adequada, é tópico presente em vasta literatura. Este ponto é debatido com frequência no intuito de alertar para a necessidade de uma reformulação curricular que atenda às demandas específicas da formação voltada para essa área, visto que, na maioria dos cursos, são ausentes essas

temáticas, e quando há, seguem padrões não condizentes com as necessidades formativas (ANJOS; DUARTE, 2009; COSTA et al., 2012; PASQUIM, 2010).

O reforço da presença de disciplinas que englobam temas referentes à SC se apresenta graças à potencialidade de discussão de temáticas como o sistema de saúde, os modelos de atenção à saúde, os processos de trabalho na saúde e o conhecimento das realidades de saúde, o que aumentaria a resolubilidade das ações dos P/PEF nas intervenções em saúde (ANJOS; DUARTE, 2009; COSTA et al., 2012).

A necessidade de se atentar para as disciplinas como abordagem inicial pauta-se na ideia de que os cursos de EF se encontram ainda atrás dos demais cursos da área da saúde no que se refere a essas abordagens. Tal fato pode ser reflexo da própria história da EF, que só passou a ser reconhecida como profissão integrante da área da saúde recentemente pela publicação da Resolução 218/97 (OLIVEIRA, 2018), o que acabava por dar vazão a um desinteresse de modo direcionado nos cursos de graduação.

[...] os cursos da área da saúde, pelo menos Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, eles tem uma disciplina de epidemiologia, e eles tem uma disciplina de política de saúde, e é uma disciplina específica. Então quem dera nós tivesse pelo menos a disciplina de Saúde Coletiva (Entrevista 5).

De acordo com o registro docente e corroborando o cenário nacional de modo geral, duas das IES investigadas, no caso as IES públicas, atualmente encontram-se num quadro de inexistência de disciplinas específicas de SC nos cursos de graduação em EF.

Nós não temos aqui uma disciplina sobre Saúde Coletiva, não temos uma disciplina sobre saúde. [...] Do jeito que tá atualmente, o curso é muito pobre no que se refere a isso. Então isso é de consciência não minha, professor “Docente 1”, mas de consciência de todos os professores do colegiado, consciência dos alunos. Nós temos disciplinas optativas sobre isso, mas não são oferecidas, porque você tem que ter o professor que ofereça e tal. Mas é muito pobre a relação aqui, a formação no que se refere a isso, na “Universidade X” é muito pobre (Entrevista 1).

O que aparece em alguns relatos são casos de docentes que, em suas disciplinas, obviamente não específicas da SC, acabam discutindo a saúde de modo superficial, deixando de se aprofundar nesta temática que é tão cara para as intervenções em saúde, sejam estas nos diversos ambientes de inserção do P/PEF.

Eu acho que a gente tem toda a possibilidade de desenvolver esses conteúdos em disciplinas específicas, a gente poderia ter uma disciplina voltada à Saúde Coletiva. Inclusive tem alguns professores que nas suas disciplinas fazem alguma abordagem, mas é uma coisa muito passando, muito superficial, a gente não tem um aprofundamento disso (Entrevista 4).

Quando são encontradas disciplinas que promovem a interlocução entre a EF e a área de saúde de modo geral, são apontadas questões como poucos créditos destinados a tais disciplinas e a sua não obrigatoriedade, deixando a cargo do discente a escolha por cursá-la ou não.

Especificamente sobre a Saúde Coletiva, eu acredito que a gente tem que fortalecer em termos disciplinares a área, a gente tem ainda poucos créditos (Entrevista 10).

Docentes de apenas uma das instituições apontaram a existência de disciplinas referentes à saúde de modo geral e à SC de modo específico em sua matriz curricular. Esta abrangência de discussão dos temas de SC durante a formação do P/PEF deveria ser exercida nas demais IES, de modo tal que o discente, ao sair da graduação, se encontrasse preparado para trabalhar com intervenções em saúde nos seus ambientes de trabalho, uma vez que teve durante seu processo formativo a construção de uma base conceitual sólida que lhe proveesse o domínio sobre o referido campo.

São muitos. Nosso curso tem quase 2000 horas distribuídas em diversas disciplinas que contemplam aqueles três eixos já citados (Entrevista 17).

Assim sendo, preconiza-se a reformulação das estruturas curriculares, de modo a ampliar as possibilidades de disciplinas específicas de SC ou, pelo menos a abordagem da temática de maneira transversal na matriz curricular dos cursos de graduação em EF (FALCI; BELISÁRIO, 2013).

#### ***5.2.2.2 Programas e projetos de extensão em saúde***

Ao se tomar a extensão universitária como um processo educativo, cultural e científico que promove a articulação entre o ensino e a pesquisa, temos esta como ferramenta potencial na articulação entre o ambiente universitário e a sociedade (MANCHINI; PEDROTTI; KRUG, 2018).

O Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Instituições de Ensino Superior Públicas Brasileiras coloca como sendo princípios da extensão: “Interação Dialógica, Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade, Indissociabilidade Ensino-Pesquisa-Extensão, Impacto na Formação do Estudante e Impacto e Transformação Social” (GONÇALVES, 2015, p. 1230).

Por conseguinte, entendendo a potencialidade da extensão para o conhecimento da realidade, a formação crítica, o enriquecimento curricular, a assimilação dos conteúdos, a

associação da teoria com a prática, a identificação com o futuro campo de trabalho, a ampliação da formação/atuação profissional, a troca de saberes entre discentes, docentes e sociedade etc.. (MAFFEI; FERREIRA; BOTIGELLI, 2015; MANCHINI; PEDROTTI; KRUG, 2018), prima-se para que as universidades fomentem tal ambiente educacional em seus diferentes modelos: projetos, programas, prestação de serviço extensionista, cursos e eventos. (GONÇALVES, 2015).

Os programas e projetos de extensão são referidos pelos docentes como ferramentas de aproximação entre discentes e temas relacionados à SC. De fato, os programas de extensão, quando voltados para a saúde, tendem a possibilitar este contato inicial com as temáticas.

Se você tiver dentro da universidade em projetos de extensão. Com os projetos de extensão é um primeiro... Vamos considerar, o primeiro passo antes do estágio, pro aluno sentir o que seria a Saúde Coletiva no meio social, na saúde, enfim. (Entrevista 12)

É por reconhecer tal importância que alguns docentes apontam a existência de tais espaços de formação nos cursos de graduação em EF investigados. Dentre alguns dos programas evidenciados pelos docentes, podemos citar: Núcleo de Atenção Médica integrada, Esporte Educacional, Saúde em Movimento, Projeto Rondon, Eu pratico Saúde na Escola, Projetos Integrados em Saúde e PET-SAÚDE.

Porque que fora isso, em termos de oportunidade extra disciplina, ele já tem muito. Então a gente tem muitos projetos, muita inserção que faz essa ligação com a área (Entrevista 10).

Ademais, estes programas/projetos frequentemente fomentam a ação conjunta entre discentes de diferentes cursos, possibilitando aí o ensino interdisciplinar. Santos, C. et al. (2017) e Santos, M. et al. (2017) afirmam que, para se efetivar o cuidado integral em saúde, se faz necessária a atuação interdisciplinar, cabendo aos cursos de graduação a abordagem da temática e o fomento às oportunidades formativas que operarem no respeito a esta perspectiva.

É pensando nisso que os docentes reforçam a existência de programas e projetos de extensão que possibilitam esse contato multiprofissional.

Nós temos aqui muitos projetos e programas ligados a área de extensão, nessa área. [...] a gente tem projetos integrados em saúde. Esses projetos integrados em saúde, ele é um módulo em que tem... Ele é composto por vários profissionais, vários estudantes dos diversos cursos da área de saúde da “Universidade Y”. (Entrevista 14).

Cardoso et al. (2015) assinalam que a educação interprofissional promove o preparo para o trabalho em equipe multiprofissional, modelo cada vez mais usado nos serviços de saúde. A extensão universitária multiprofissional e interdisciplinar permite a experenciação de competências e habilidades inerentes aos modos de se trabalhar na saúde, o que justifica a sua importância ao longo do processo formativo.

Reforça-se, deste modo, a urgência pelo fomento à extensão de forma obrigatória nos currículos das graduações, pois, do modo como a estrutura curricular configura-se hoje, nem todos os discentes passam por tais atividades, deixando de vivenciar espaços ricos em conhecimento para sua formação e atuação profissional (GONÇALVES, 2015).

Os docentes entendem a necessidade de ampliação dessas ferramentas de formação e apontam a imprescindibilidade de se estimular o corpo docente a atender às demandas que se impõem quanto à abordagem da temática nos espaços extensionistas.

Então a gente poderia estimular professores, isso é uma coisa que eu tô pensando aqui agora, mas é uma coisa que é importante, a desenvolver projetos de extensão pra atender as comunidades adjacentes, com relação à Saúde Coletiva (Entrevista 4).

Maffei, Ferreira e Botigelli (2015) colocam que a aprendizagem da prática profissional é viabilizada pela imersão do discente no local onde esta se desenvolve, cabendo às universidades viabilizarem espaços para tais encontros por meio da extensão.

O reconhecimento da articulação teoria e prática também é citado pelo corpo docente, que afirma a necessidade de se fomentar vivências que articulem tais conhecimentos visando a uma melhor apropriação por parte dos discentes da realidade de trabalho que encontrarão ao se inserirem nas intervenções em saúde.

Eu acho que a gente tem que aproximar mais a teoria da prática. O campo teórico ele é importantíssimo para dar uma base ao profissional, mas eu acho que tem que pegar mais os alunos e levar para um local de atuação. Tipo, para comunidades, como eu trabalho no PSF da família, de levar o Profissional de Educação Física a se inserir nesses projetos de uma forma mais global, para que ele possa atuar onde ele veja a teoria que ele aprendeu na faculdade, poder ter uma eficiência na prática (Entrevista 13).

Depreende-se, então, que, apesar de as universidades já fomentarem programas e projetos de extensão que adotem uma perspectiva da saúde e até mesmo da SC, estas ainda precisam ampliar a inserção discente nesses espaços, pois mostram-se como ricos instrumentos de formação em saúde dentro dos cursos de graduação.

### *5.2.2.3 Grupos de estudo e de pesquisa sobre saúde*

Manchini, Pedrotti e Krug (2018) alertam sobre a necessidade de fomento não apenas de disciplinas e extensão na formação discente, mas apontam também a pesquisa como ferramenta formativa a ser utilizada durante a graduação. Pensamento semelhante é seguido pelos docentes que admitem a pesquisa como via de formação e abordagem dos conteúdos da SC dentro dos cursos de EF. Nesta linha de atuação, é reforçada a necessidade de se trabalhar em conjunto, fomentando espaços de diálogo entre docentes e discentes nesta movimentação científica.

A nossa pesquisa ela é muito forte também, a área da... O nosso núcleo de pesquisa. Então os professores junto com os alunos, junto com os alunos, o que é importante (Entrevista 14).

Os mesmos autores apontam ainda vantagens de estimular a pesquisa durante a formação inicial, cujas vantagens, entre outras, seriam: acréscimo do conhecimento científico, aprendizado e preparo para a formação continuada, melhora na atuação profissional, melhora do currículo, facilitação para ingresso em programas de pós-graduação e/ou na universidade como docente, facilitação da identificação e definição da área de atuação etc.. (MANCHINI; PEDROTTI; KRUG, 2018).

Segundo Almeida et al. (2017), a pesquisa científica vem ganhando seu espaço no ambiente universitário, possibilitando a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, baseado na ideia de que a graduação deve produzir ciência e derivar dela, tendo a pesquisa científica como critério de qualidade curricular e acadêmica.

Cotejando a interlocução entre EF e SC, as pesquisas em atividade física e saúde vêm crescendo no Brasil desde os anos 90, quando a AF passa a ser definida como uma das prioridades da pesquisa em saúde pública. Desde o ano 2000, essa área de estudo vem apresentando maiores níveis de produção e galgando relevância na produção científica mundial, principalmente quando falamos de países de baixa e média renda (NAHAS; GARCIA, 2010; SILVA et al., 2014).

Contudo, ainda existe muita discrepância na distribuição territorial da produção destes conhecimentos no âmbito nacional, sendo prementes: um maior investimento em realização de congressos da área em regiões menos tradicionais na produção científica; o fomento a encontros regionais; a criação de centros de pesquisa e de projetos; e o incentivo de pesquisadores que trabalhem esta temática nas mais variadas localidades do país (SILVA et al., 2014).

A justificativa para a realização de pesquisas sobre EF e Saúde fundamenta-se na concepção de que, para uma atuação efetiva e resolutiva em saúde deste profissional, os conhecimentos inerentes à área devem ser fomentados e divulgados. Cabe aos pesquisadores tornarem os resultados de seus estudos acessíveis aos profissionais da saúde e ao público em geral, de modo tal que estes contribuam para a elaboração de orientações, recomendações e políticas públicas na área de atividade física e saúde baseadas em evidências (NAHAS; GARCIA, 2010).

Se não, vejamos com Nahas e Garcia (2010, p. 136):

[...] a pesquisa em Educação Física (e na área de atividade física e saúde): a) justifica-se pela necessidade de contribuir com o desenvolvimento humano pleno; b) deve subsidiar o trabalho do profissional em Educação Física; c) auxilia na definição da identidade própria da área; e d) possibilita a interação com outras disciplinas.

Admitindo isso como princípio, reforça-se a ampliação das pesquisas realizadas pela EF acerca da área da SC, investigando, dentre outras coisas, as bases de atuação deste profissional com o objeto da saúde nos seus cenários de prática (NEVES; ASSUMPCÃO, 2017). Este adendo se dá pelo fato de que, pelo P/PEF ainda ter um engajamento incipiente nas intervenções em saúde quando comparado às outras áreas de atuação, isso pode acabar por refletir numa produção insuficiente desta temática (COSTA et al., 2012; SILVA et al., 2014), gerando desconhecimento desta realidade por parte dos demais profissionais.

Isto dito, os docentes apontam a existência de grupos de estudos que possuem linhas de pesquisa na temática saúde, contribuindo assim para uma formação em saúde mais completa.

[...] eu sei que por estar tá aqui dentro, que muitos conceitos poderiam ser passados para os alunos, e isso eu tento fazer com meu grupo de estudo. Então eu tenho um grupo de estudo, com um eixo da promoção da saúde para crianças e adolescentes. Aí sim os alunos além de se aproximar dos conceitos, como te falei antes, da epidemiologia, da área da saúde, da promoção da saúde, uma formação multidisciplinar, [...] (Entrevista 8).

Contudo, reforça-se a ampliação de tais grupos, de forma a contemplar outros aspectos da saúde e da SC e até mesmo da atuação em saúde do P/PEF. Uma problemática levantada pelos respondentes é a ausência de docentes pesquisadores que trabalhem especificamente esse assunto nos cursos de graduação em EF, o que torna tal articulação fragilizada e as pesquisas insuficientemente aprofundadas como se prevê para uma formação de nível superior.

Só que aí a pesquisa ela é muito relacionada ao campo de formação do Professor de Educação Física. A gente aqui tem gente formada em fisiologia, em educação, em nutrição, então são professores que tem intervenção em diversas áreas (Entrevista 4).

Pasquim (2010) destaca que a presença de núcleos/grupos de pesquisa nas universidades tem a capacidade de desenvolver um ensino livre, porém, a não obrigatoriedade de inserção neste tipo de atividade curricular evita grandes engajamentos, o que não gera mudanças na formação.

O ato de pesquisa deve ser desenvolvido, assim, nas universidades de modo tal que o discente obtenha maior domínio do campo específico em que pretende atuar. Entretanto, muitos discentes ainda encontram dificuldades em realizarem atividades de pesquisa por não terem tido um contato anterior com a atividade e por desconhecerem as vantagens de se realizar tais intervenções durante a graduação (AMARAL, 2010).

Isso fundamenta, nos respondentes, a necessidade de haver um maior incentivo por parte do próprio núcleo docente para trazer este aluno para os campos de pesquisa em saúde.

Então o professor que faz pesquisa nessa área, que é profissional de Educação Física, ele deveria sim tentar levar o aluno da Educação Física para esse campo de intervenção (Entrevista 4).

Vista a importância da pesquisa na formação profissional, cabe então à universidade e aos seus professores fomentarem melhores oportunidades de engajamento dos discentes em tais atividades e o esclarecimento das vantagens formativas associadas a esta prática (MANCHINI; PEDROTTI; KRUG, 2018).

#### ***5.2.2.4 Estágios em saúde***

Além deste tripé inicial, outros tipos de abordagens dos conteúdos referentes à saúde foram elencados pelos entrevistados. Dentre estes, podemos citar os estágios, ferramenta bastante reconhecida pelos docentes para aprofundamento da temática. O estágio como atividade extraclasse fomentada pelas universidades traz benefícios não só para os discentes, mas para a própria universidade e para a instituição que o acolhe. É no estágio que os graduandos podem adquirir novos conhecimentos teóricos e práticos, desenvolver competências, ter contato com o mercado de trabalho e pôr em prática o que veem em sala de aula (SANTOS; OLIVEIRA; COSTA, 2017).

Encarado como um veículo para a formação da identidade profissional, o estágio possibilita o contato direto com os cenários de prática, o que capacitaria melhor este aluno a perceber desde cedo as realidades dos contextos onde vai atuar. É pensando nisso que as atividades desenvolvidas neste espaço devem ser consonantes às realidades dos serviços, levando os discentes a refletir criticamente sobre os processos de trabalho ali desenvolvidos e compreenderem a sua dinâmica (PELOZO, 2007).

Pensando na saúde, os estágios podem servir de espaços de aprendizagem nos quais são trabalhados métodos e técnicas de prestação de serviços e ações de prevenção, promoção, assistência e gerência (SANTOS, C. et al., 2017). Nesta lógica, os estágios em saúde seriam restritos ao graduando bacharel, visto que os estágios do licenciando se dão no ambiente escolar. Contudo, entendemos que não há impeditivo para que o graduando da licenciatura desenvolva intervenções em saúde dentro da escola durante seu período de estágio.

Segundo Anjos e Duarte (2009), o estágio em saúde nos cursos de graduação serviria para suprir o hiato existente nesses cursos no que se refere à formação em saúde articulando ensino e trabalho. Nesse esteio, Gurgel et al. (2015) afirmam que a ausência de tais ambientes educacionais dentro dos cursos de EF faz leva os egressos ao adentrarem nos serviços de saúde, a se sentirem despreparados para atuarem em tal contexto, visto que não desfrutaram desse contato durante seu processo de graduação.

Tal situação de ausência de estágios obrigatórios que contemplem esta temática e o campo de serviço do PEF dentro da graduação é relatada por parte dos informantes. Estes denunciam a existência de estágios que abrangem os demais cenários de atuação, mas não a área dos serviços de saúde.

Segundo, não tem dentro do curso, a possibilidade de está fazendo um estágio dentro desse contexto. Então nós estamos formando para outras áreas muito bem, Educação Física Escolar, academia, esporte, lazer, mas a Saúde Coletiva ainda precisa melhorar. Dando oportunidade já dentro da graduação, vivenciar as disciplinas, que deveria ser obrigatória. Vivenciar através de grupos multidisciplinares e o próprio estágio, precisaria atender essa linha, essa área (Entrevista 8).

Uma problemática evidenciada pelos docentes é a confusão realizada quando se pensa em estágios em saúde. Muitas das vezes acaba se tomando por saúde apenas o trabalho com o corpo físico, encarando os estágios em academias como espaços de estágio em saúde.

No currículo anterior a gente tinha um estágio que se diz na área de atividade física e saúde, mas que se confunde muito com a área da academia de ginástica, que eu até entendo que pode ser uma área da saúde, sobretudo se eu penso na saúde

suplementar, na saúde complementar, na saúde privada. Então você tinha essa mistura aí de contexto (Entrevista 10).

Compreendemos que nos ambientes de academia pode-se de fato desenvolver elementos voltados para a saúde, porém, ao se trabalhar a formação em saúde apenas sob esta perspectiva de intervenção, limita-se o escopo de atuação do PEF. Cabe, então, a criação de estágios que articulem a EF também no âmbito dos equipamentos e serviços de próprios da área da saúde.

É produtivo recordar que tal estágio serviria não apenas para sensibilizar o futuro profissional quanto aos princípios e orientações dos serviços de saúde, mas também o auxiliaria no seu processo de reconhecimento como profissional da saúde e do seu campo de atuação (COSTA et al., 2012).

Nesse sentido, os docentes apontaram que tais estágios devem ser nomeadamente voltados para a área da SC, sendo desenvolvidos em diferentes espaços dos serviços de saúde, tais como hospitais, UBS, grupos com populações específicas, escolas etc..

E depois, os estágios. Então hoje, por exemplo, o nosso curso, nós temos estágio no Hospital do Coração, coisas que muitas instituições ainda não perceberam. Nós temos estágio junto com grupos, por exemplo, de idosos, trabalhando nessa perspectiva da promoção da Saúde. Nós temos estágio hoje com crianças, então nós temos, por exemplo, uma escola de esportes hoje aqui, em que o aluno ele vai, mas ele vai nessa perspectiva de aproveitar o momento e trabalhar as múltiplas possibilidades do esporte. Então o esporte, a promoção da saúde, o esporte é uma ferramenta de inclusão social [...] (Entrevista 14).

Para o PEF, o estágio na saúde seria ambiente fomentador do pensamento crítico-reflexivo acerca deste campo de atuação, fomentando o contato com os serviços e com a prática multiprofissional e interdisciplinar (SANTOS, C. et al., 2017). A perspectiva é de que, ao iniciar um estágio em saúde, o PEF possa ampliar seu olhar sobre o SUS, conhecendo a logística dos serviços e as demandas dos territórios (NEVES; ASSUMPCÃO, 2017). Dentre os ambientes utilizados para tal processo podemos citar as Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial, Hospitais, Clínicas Especializadas, Central de Regulação, Conselhos de Saúde, Secretarias de Saúde etc. (SANTOS, C. et al., 2017).

Acompanhando esse conceito, uma das IES investigadas, segundo o relato de alguns docentes, já fomenta estágios voltados para a SC de modo específico no curso de EF.

Que especificamente aqui na “Universidade Y”, aqui a gente tem um estágio específico na Saúde Coletiva [...]. Tem como o aluno, dentro do processo da graduação, ficar inserido nesse contexto devido à expansão da Saúde Coletiva aqui na Universidade (Entrevista 12).

Vistas as diversas vantagens já exemplificadas ao longo do texto no que compete à inserção do PEF ao longo da graduação nos ambientes e contextos da saúde, seria produtivo que espaços formativos como estes fossem ofertados nas demais instituições, possibilitando ao discente o contato direto com este campo de trabalho.

Considerando, portanto, que o estágio pode aproximar teoria e prática e facilitar a inserção dos futuros profissionais na atenção primária à saúde (FALCI; BELISÁRIO, 2013), ratifica-se a necessidade de reformulação dos cursos de graduação em EF. Rejeita-se, assim, a existência de formações excessivamente teóricas por meio das quais tais atividades extraclasse não sejam ofertadas aos discentes, modelo este ainda muito frequente nas formações atuais (NEVES; ASSUMPCÃO, 2017).

Evidencia-se de fato, por meio dos relatos dos informantes, o reconhecimento da utilização de diversos recursos educacionais para a abordagem da temática saúde/ SC durante a graduação em EF. A oferta de disciplinas, grupos de pesquisa e estágios nesta área é imprescindível e precisa ser mais bem providenciada nestes ambientes.

Nas IES investigadas, são os programas de extensão que abordam a saúde os recursos educacionais que mais se fazem presentes, contudo, é útil analisar se a abordagem em saúde adotada em tais ambientes é condizente com o que se preconiza em termos de atenção e trabalho em saúde.

De maneira geral, sinaliza-se a ainda baixa inserção da SC como parte do componente curricular obrigatório dos cursos de EF. No entanto, vislumbra-se também o início de uma real aproximação, principalmente ao observarmos relatos de abordagens desta área de forma mais direcionada por uma das IES e a proposta de reformulação curricular, de modo a melhor atender esta área, nas demais IES. Tal tópico será mais bem trabalhado na seção posterior.

Augura-se, portanto, uma formação que realmente prepare o futuro P/PEF para uma intervenção em saúde qualificada, de forma tal que este possa contribuir efetivamente na melhora dos estados de saúde do seu público de trabalho, seja este um público escolar ou a sociedade de forma geral.

### *5.2.3 Integralidade do ensino em saúde dentro da matriz curricular*

Num ensino integral, “a integração ressaltaria a unidade que deve existir entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento nas instituições escolares” (RAMOS, 2009, p. 1). Ou seja, nos currículos em que o ensino se desenha de tal maneira, podemos estabelecer

conexões e relações entre os diversos conteúdos articulados durante o curso, entendendo que o ensino de determinado conteúdo não ocorre de forma isolada e linear, mas sim de forma conjunta e complexa.

As DCNS recomendam a existência de integração nos cursos de graduação no que tange a conteúdos, disciplinas, áreas e profissões, tendo no próprio Projeto Pedagógico (PP) e no currículo dos cursos o estabelecimento da integração como meta a ser alcançada (DAVINI, 1994; IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Dentre alguns motivos que justificam a adoção de currículos que possibilitem a integração dos temas da saúde com o restante da matriz curricular, podemos citar: a diversidade de fontes de aprendizagem que trabalhassem o mesmo assunto possibilitaria uma melhor compreensão dos aspectos que o envolvem; currículos integrados tendem a ser mais dinâmicos, interessantes e motivantes, o que levaria a uma aprendizagem mais aprofundada e significativa; e a articulação de diferentes saberes facilitaria a sua recuperação e mobilização quando solicitados durante a prática profissional (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Pensando nas vantagens do currículo integrado, algumas IES já atentaram para o fomento deste tipo de modelo curricular em seus cursos de EF. Foram suscitados pelos docentes exemplos organizacionais em que o ensino se dá pautado num currículo integrado por competência.

O currículo integrado ele já foi concebido como um currículo por competências, então é um currículo onde todo o curso elencou as competências do egresso, e durante todo o curso a gente tá vislumbrando desenvolver essas competências finais nesse aluno. Então a gente já fez esse trabalho também. Onde a minha disciplina, onde "universidade, saúde e sociedade" vai contribuir para esse perfil do egresso, e onde cada disciplina. Esse exercício a gente já fez, é tanto que alguns objetivos de aprendizagem, para atingir esses objetivos, foram mudados. [...] Então esse é um dos princípios do nosso currículo integrado. [...] O nosso curso é um currículo integrado, então ele tem continuidade, esses conteúdos nos demais cursos. E eu acho que como é um currículo integrado, alguns professores vão puxando também um pouco disso nos seus módulos, por que o nosso currículo não é mais disciplinar. Aqui não tem tipo, anatomia sozinho, separado de histologia ou de fisiologia. Eles trabalham de maneira integrada (Entrevista 16).

Segundo Ramos (2009, p. 1), “a denominação ‘currículo integrado’ tem sido utilizada como tentativa de contemplar uma compreensão global do conhecimento e de promover maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção”. De acordo com o autor, no currículo formal temos a seleção e organização do conhecimento em diferentes componentes curriculares isolados, já no currículo integrado o que prevalece é o reestabelecimento da inter-relação entre os conhecimentos selecionados.

Esta lógica de inter-relacionamentos entre conteúdos também é apontada pelos próprios docentes, que reconhecem a existência e importância de se trabalhar isso nos cursos de graduação em EF.

Que se a gente for pensar, todas as disciplinas podem fazer uma relação e de fato que os meninos não sintam que essa disciplina aqui é isolada dessa daqui, é isolada dessa daqui, e cada uma tem um conteúdo há apresentar, mas que todos eles se relacionam (Entrevista 3).

Como bem sabemos, as disciplinas que trabalham a interface entre EF e SC são de grande importância para a formação deste profissional. Contudo, entendemos que a simples oferta de disciplinas que tratem o assunto de maneira isolada não é suficiente para implementar mudanças adequadas na formação deste profissional (LOCH, 2016).

Faz-se necessário o estabelecimento de maiores aproximações entre as diferentes disciplinas curriculares e as disciplinas referentes à saúde e à SC, galgando nestas uma lógica de conhecimentos sistemáticos a serem abordados ao longo do processo formativo (LOCH, 2016).

Pode-se classificar a integração curricular de duas formas, a integração horizontal e a integração vertical. Na integração horizontal, as disciplinas do semestre ou do ano são organizadas ao redor de um conceito ou tema chave. Já a integração vertical é colocada de forma tal que as disciplinas são organizadas em grandes eixos, sendo estes contemplados ao longo de todo o curso (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Evidencia-se, por conseguinte, que a organização vertical pautada no estabelecimento de redes entre as unidades de ensino/aprendizagem é o arranjo curricular que mais se adequa a uma formação em saúde pautada na integração curricular. Nesta lógica, os temas da saúde não se isolariam ao longo um semestre ou ano letivo, mas atravessariam todo o período de formação, levando os discentes a realmente se apropriarem da temática.

A compreensão de que as fronteiras entre as diferentes disciplinas e demais recursos pedagógicos não são rígidas e estanques fundamenta o estabelecimento da interdisciplinaridade, dando vazão à inserção, mistura e releitura dos diferentes conteúdos (GATTÁS; FUREGATO, 2007). Existe cada vez mais o reconhecimento da necessidade do cruzamento interdisciplinar no meio científico, possibilitando uma troca de saber entre as diferentes áreas num processo de interdependência e conexão recíproca (GARCIA et al., 2006).

O projeto interdisciplinar é uma ferramenta inovadora e que promove mudanças na educação. A atividade interdisciplinar reclama saber especializado, originalidade e

diversidade de conhecimentos, permitindo a pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes acerca de determinado objeto, tal como ocorre no ensino de profissões da área da saúde (GATTÁS; FUREGATO, 2007, p.85).

Pensando no ensino em saúde, a interdisciplinaridade pode contribuir para uma maior compreensão das realidades e contextos de saúde, facilitando conexões e mediações entre os diferentes conteúdos abordados e culminando num entendimento abrangente sobre os estados de saúde-doença e modos de intervenção sobre estes (MEDEIROS; VALENTE, 2010).

Entende-se, deste modo, que um currículo baseado na integralidade dos seus conteúdos consegue promover a articulação dos saberes sem que para isso o conhecimento seja fragmentado (MEDEIROS; VALENTE, 2010). Como meio de se alcançar tal feito, a transversalidade é apontada com ponto favorável à realização da integração entre as diferentes áreas que compõem o curso de graduação em EF.

Tem a transversalidade né, a “Universidade Y” ela trabalha muito com a transversalidade. [...] Então o profissional ele procura inserir conceitos da Saúde Coletiva em módulos que não necessariamente tem um peso da Saúde Coletiva. No módulo, por exemplo, de “pedagogia da Educação Física”, eu tenho certeza que a minha colega que leciona ela traz em vários momentos aspectos relacionados à Saúde Coletiva. [...] Então a gente tenta trabalhar a transversalidade não num ou noutro módulo, mas em todos os módulos (Entrevista 11).

A transversalidade vem sendo discutida nos últimos anos como fonte de mudança e renovação do ensino, agindo de forma quase que indissociada à interdisciplinaridade. Marques (2006, p.15 apud MARINHO; SILVA; FERREIRA, 2015, p.433) afirma que a transversalidade na educação pode ser entendida como “uma forma de conceber e gerir o currículo em que a disposição tradicional da dispersão curricular por disciplinas é substituída por uma dispersão de saberes e competências que atravessa na perpendicular ou na diagonal todo o currículo”.

Deste modo, os temas transversais são aqueles que não necessariamente estão afixados em disciplinas específicas, mas que são comuns e permeiam todas as demais na estrutura curricular (BOVO, 2004). Essa estrutura deixa de ser centrada em especialidades, passando a ser orientada por perfis de complexidade crescente com conteúdos verticais que perpassam ao longo do curso (ALMEIDA et al., 2012).

Assim sendo, a transversalidade e a interdisciplinaridade visam reintegrar as dimensões disciplinares que se encontram isoladas, ampliando a perspectiva sob seus objetos (BOVO, 2004). Ao pensarmos na SC, tais modos de organização curricular favoreceriam uma nova visão saúde, que fosse mais integral e complexa, assim como a própria saúde

(PALACIO et al., 2018). Entretanto, ao se pensar na realidade da formação, nem sempre a integralidade se faz presente. Reflexo disso é o que se encontra na opinião dos informantes, que afirmam ver a integralidade como um ponto difícil de ser desenvolvido quando se pensa na articulação entre SC e EF.

Eu acho que esse é um ponto difícil. Porque, por exemplo, uma disciplina de voleibol, onde o professor possivelmente vai trazer conteúdos sobre o gesto motor, sobre o desenvolvimento, há uma dificuldade de fazer uma relação. Claro que nas disciplinas que abordam temáticas mais gerais sobre saúde, ou temáticas mais gerais sobre políticas públicas, é mais fácil fazer essa relação. Mas eu acredito que dentro do esforço pontual de cada professor, eu acho que isso já vem melhorando. Eu acredito que vem melhorando, mas eu acredito que há muito desafio ainda pela frente (Entrevista 3).

Um dos pontos que pode dificultar o estabelecimento desta integralidade curricular entre EF e SC é justamente a ausência de disciplinas referentes à SC nos cursos de EF. Ou, quando estas existem, o seu isolamento em uma única disciplina (nem sempre obrigatória e com carga horária adequada) ao longo de todo o curso (PALACIO et al., 2018). O fato de os temas da saúde nem sempre se configurarem como uma área sólida em cursos de EF dificulta o reconhecimento de sua importância e a preocupação em estabelecer pontes entre estes e os demais conteúdos. Cabe então às IES atentarem para as lacunas existentes e procurarem meios de saná-las.

Gattás e Furegato (2007) salientam que, apesar de a integralidade e interdisciplinaridade serem algo almejado nas formações, nem sempre este ideal é atingido. Entretanto, torna-se perceptível a busca desta realidade por parte de docentes, profissionais, especialistas, pensadores e pesquisadores inseridos no meio educacional.

Contudo, esta visão não é tomada por todos, existem aqueles que percebem a existência de um esforço por parte do próprio corpo docente em fomentar esta integração com as temáticas da saúde, mesmo que isso não seja preconizado explicitamente na matriz curricular.

Sim, não sei se a compreensão correta de saúde, mas os professores tem uma preocupação de fazer interface da saúde com as disciplinas. Eu acho que isso acontece, acredito que isso aconteça na prática (Entrevista 5).

Os docentes que se propõem a estabelecer ações pontuais de integralidade curricular tendem a possuir traços de personalidade em comum, como, por exemplo: flexibilidade; confiança e aceitação de riscos e de novos papéis, comportamentos esperados de profissionais engajados com o fazer em saúde (GARCIA et al., 2006).

A partir dessas iniciativas docentes, há de se desenvolver nos discentes uma visão mais crítica e reflexiva sobre o próprio processo de aprendizagem, fomentando assim a busca por novas formas de se aprender e a reestruturação dos modelos curriculares tradicionais (MEDEIROS; VALENTE, 2010).

Percebemos, deste modo, que a integralidade entre as temáticas da saúde e o restante da matriz curricular dos cursos de EF é algo que não está bem consolidado nas graduações. Como medida para tentar solucionar esta problemática, os docentes apontam a realização de formação continuada. Esta ideia se dá na lógica de que, a partir desta formação, os docentes teriam contato com novos conteúdos, o que poderia despertar para a ligação latente entre as duas áreas.

E eu acredito que a gente só consegue fazer isso com a formação continuada, os professores precisam conhecer outras áreas que muitas vezes não é a área que ele se aprofunda e aí por isso ele acaba se distanciando cada vez mais. Então eu acredito que os professores precisam tá sempre se atualizando, buscando essa relação entre áreas diversas pra que ele possa também fazer isso nas suas aulas (Entrevista 3).

Pensando nas diversas mudanças que ocorrem na sociedade e no ambiente formativo e profissional, o fazer docente deve ser constantemente repensado e reestruturado, considerando as demandas que vão surgindo e se modificando com o passar do tempo. Por isso, as IES devem apoiar uma formação continuada e permanente do seu corpo docente, possibilitando o aperfeiçoamento deste profissional e uma melhora da qualidade do ensino (TREVISIO; COSTA, 2017).

A formação continuada e permanente para docentes da área da saúde vem cada vez mais sendo pensada tendo como ponto de discussão a prática pedagógica, o currículo e a formação didática (TREVISIO; COSTA, 2017). Entendemos que uma formação docente qualificada ultrapassa a mera aprendizagem de conteúdos referentes às disciplinas dos currículos tradicionais, mas imputa no docente uma atenção para o currículo de forma mais ampla e interligada (BOMFIM; GOULART; OLIVEIRA, 2014).

Assim sendo, fica evidente que a formação continuada e permanente contribuiria para a sensibilização de um olhar ampliado e interligado para o currículo da graduação, de modo tal que esta perspectiva fosse propagada para os discentes no decorrer de sua formação.

Conforme demonstrado no estudo de Pereira et al. (2018), os próprios docentes se mostram cientes da necessidade de engajamento em formações continuadas, afirmando que sua formação inicial não foi suficiente para promover um conhecimento pleno e absoluto sobre sua área de atuação e sobre os modos de se fazer o trabalho didático-pedagógico.

Tendo por objetivo o estabelecimento de currículos integrados e interdisciplinares, a mobilização dos docentes de forma integrada também se mostra importante (MEDEIROS; VALENTE, 2010). É por isso que se defende uma formação crítica e consciente, que seja capaz de ampliar o olhar sobre o currículo e o processo formativo, seja para docentes ou para discentes.

Levando em consideração tudo o que foi discutido, fica evidente que a integralidade curricular no que tange às temáticas da saúde ainda é algo que precisa ser mais bem refletido nos cursos de graduação em EF. Apesar de existir um reconhecimento de sua importância, os docentes ainda encontram entraves na sua efetividade, cabendo à universidade e ao corpo docente e discente pensarem em estratégias que promovam a concretização destes espaços de articulação formativa.

#### *5.2.4 Integração entre os cursos da saúde*

As novas demandas de saúde requerem dos profissionais envolvidos no seu manejo uma postura de atuação integrada, fornecendo uma abordagem longitudinal e integral aos modos de se pensar a saúde dos indivíduos e populações (PEDUZZI et al., 2013). Este agir integrado, multiprofissional e interdisciplinar é presente na própria Constituição Federal de 1988, visando à resolubilidade dos serviços, à atenção efetiva à saúde e à ampliação da visão e modos de se pensar e produzir saúde (TOASSI; LEWGOY, 2016).

Como aponta o trabalho de Garcia et al. (2006, p. 476):

No Brasil, os movimentos de críticas e alternativas à racionalidade moderna culminaram, na década de 1990, no ensino e na criação de novas diretrizes curriculares, as quais propõem a formação de profissionais flexíveis com conhecimentos mais abrangentes e interdisciplinares e um sistema de saúde e currículos calcados na multiprofissionalidade, embasados nas necessidades e demandas sociais.

Resta notório que as IES, em seus cursos de graduação, devem fomentar espaços integrados de formação multiprofissional, engajando neste processo todos os cursos da área da saúde. Prima-se, então, por uma organização curricular por meio da qual ocorra a aprendizagem significativa pautada na integração das diversas áreas do saber, superando a tradicional organização curricular, e criando possibilidades formativas relevantes e coerentes com a realidade dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 2012).

É útil destacar que uma formação interdisciplinar e multiprofissional não se restringe ao simples diálogo entre as áreas, mas diz respeito também à produção de novos

conhecimentos compartilhados (TOASSI; LEWGOY, 2016). Ao considerar esse fato, algumas IES já atentaram para a construção e implantação de componentes curriculares integrados, possibilitando o contato e atuação multiprofissional desde os primeiros anos da graduação (GATTÁS; FUREGATO, 2007).

O reconhecimento da necessidade de integração entre os cursos da saúde é posto pelos docentes, que, em suas declarações, ressaltam a importância da atuação e do contato multiprofissional para o fornecimento de um cuidado integral em saúde.

A necessidade dessa integração é notória quando trabalhamos nos campos de atendimento com público que se preocupa com sua saúde. Não tenho como atender um atleta, um idoso, um cardíaco ou outro indivíduo sem os profissionais parceiros de demais profissões da saúde, sobretudo os médicos e os nutricionistas, mas em diversas ocasiões, outras profissões terão que se envolver para que meu atendimento seja satisfatório (Entrevista 17).

Segundo Peduzzi et al. (2013), a educação interprofissional voltada para o trabalho em equipe é componente de uma reforma dos modelos de formação profissional e de atenção à saúde ainda vigentes no país. Esta reforma se mostra necessária no que compete à maior articulação entre as áreas de saber que compõem a saúde, sem que haja uma recusa do saber específico. O que se objetiva é uma intervenção compartilhada e integral em saúde para os usuários, possibilitando aprender sobre os outros e com os outros (TOASSI; LEWGOY, 2016).

A esse respeito, os informantes revelaram a existência de diferentes níveis de integração entre os cursos de EF e os demais cursos da saúde. É possível apreender, pelo seu discurso, a presença de contextos onde esta relação já é bem estabelecida; realidades em que, apesar de existir uma relação, esta ainda necessita de maior articulação, e cenários nos quais esta articulação é inexistente.

Segundo a percepção de alguns docentes, a relação entre os cursos da saúde com a área da EF é algo natural, sendo tal articulação demandada até mesmo por outros cursos em suas ações e processos formativos. Esta facilidade de integração se dá pela grande gama de áreas de interseção entre o núcleo da EF que, como vimos pode se moldar para ações voltadas para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, e os demais núcleos que compõem o campo da saúde.

Eu acho bacana por que o curso de Educação Física ele é muito demandado. Então todos os programas e projetos que acontecem na universidade, dos outros cursos, normalmente, o curso de Educação Física ele está inserido. [...] quer seja na área de intervenção, na área de pesquisa, ou mesmo nos programas de extensão, a gente sempre está trabalhando em parceria. [...] Porque os nossos laboratórios também são conjugados, nós trabalhamos nos mesmos laboratórios e temos muitos projetos

integrados [...]. [...] nós temos ligas em grupos de pesquisa relacionados ao Alzheimer, obesidade infantil, a violência. [...] então normalmente nós somos requisitados para estar participando desses programas. [...] E então essa integração ela é feita por demanda realmente. E por ser a Educação Física, essa profissão que ela tem essa ramificação em todas as áreas da saúde. Então eu vejo que é real, eu vejo que é muito real essa aproximação (Entrevista 14).

Tendo em vista esta facilidade percebida por alguns docentes quanto à possibilidade de integração entre os cursos da saúde, as formas elencadas para o estabelecimento desta articulação foram diversas. Seja por meio de recursos voltados para os discentes (disciplinas, projetos de extensão ou grupos de pesquisa) ou para os docentes (cursos de formação continuada, encontros pedagógicos, intercâmbio docente entre os cursos), tais espaços de articulação mostram-se como locais propícios para o diálogo e a percepção da importância do outro no cuidado em saúde.

A promoção desta integração por meio de disciplinas pode se dar de duas formas conforme os relatos dos professores. Na primeira, esta integração ocorreria por meio de disciplinas comuns, em que os alunos dos diversos cursos estudariam juntos em uma mesma disciplina, no mesmo ambiente físico. Já na segunda forma, existiria uma articulação por parte dos docentes dos diferentes cursos para fomentarem a oferta de disciplinas, em seus respectivos cursos, que tivessem uma base comum, sendo seus conteúdos discutidos nos diferentes espaços físicos, cada um dentro do seu curso de origem.

Podemos ver a exemplificação do primeiro tipo de articulação na declaração abaixo:

O que eu vejo assim que nós temos de iniciativa aqui, não sei se já foi implantado, mas quando eu estava... Ainda antes do afastamento, havia uma construção de uma disciplina em comum, que era para todos os cursos da saúde, que é realmente relacionada à Saúde Coletiva, esse campo multiprofissional, multidisciplinar, que seria... Essa disciplina estava sendo construída para ser implementada no primeiro semestre. Então eu acredito que já é uma boa relação, as disciplinas não iam ser só para aquele curso. Ou seja, como se fossem 5 alunos de cada curso, cursos da Saúde dentro da mesma disciplina. Então haveria de fato uma relação, bem interessante (Entrevista 3).

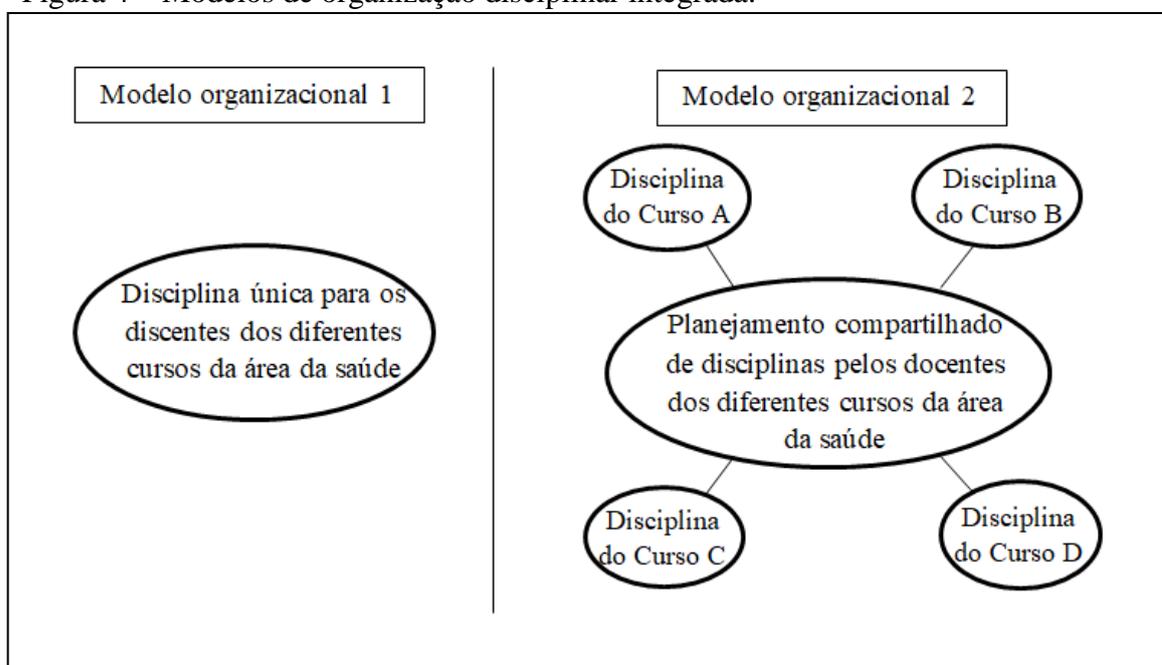
Organização semelhante pode ser identificada no trabalho de Toassi e Lewgoy (2016), que relatam a experiência multiprofissional vivenciada na disciplina de “Práticas Integradas em Saúde I”. Entende-se, portanto, que algumas IES já seguem este viés de integração, tendo nos seus respectivos Centros de Ciência da Saúde (CCS) a preocupação em estruturar núcleos comuns de articulação entre os diferentes cursos da saúde (ALMEIDA et al., 2012).

Já no relato a seguir, podemos ver a conformação do segundo tipo possível de articulação por meio das disciplinas. Este tipo de organização é mais comum naqueles lugares onde os docentes já enxergam a necessidade de revisão das aulas e práticas de ensino. Caminha-se no sentido de criar espaços de discussão integrada entre os cursos, mas ainda não se estabelecem lugares de interação presencial por parte dos discentes (IGLÉSIAS; BOLLELA, 2015).

Lá sim, os alunos tem a disciplina "diversidade social", é o PIS, que são os Projetos Integrados. E lá existe sim uma maior integralidade nesse contexto. Quanto é que funciona essa integralidade? Normalmente no começo do semestre, os professores se reúnem e apresentam justamente a perspectiva que nós vamos, como nós vamos conduzir a disciplina. Então eu tenho que saber o que é que o professor vai tratar isso no eixo que a gente tem, e é justamente esse eixo que vai atender a transversalidade dos cursos, não da disciplina dentro do curso, mas sim dos cursos. Então, eu conversei com professor da odonto, eu conversei com professor da psicologia [...] (Entrevista 12).

A Figura 4 abaixo esclarecerá as duas formas de organização disciplinar integrada.

Figura 4 – Modelos de organização disciplinar integrada.



Fonte: Elaboração própria (2019).

Como apresentam Peduzzi et al. (2013) em seu estudo, a educação profissional em saúde, atualmente, na grande maioria das vezes, ainda segue um modelo de ensino por disciplinas. Tendo isto como norte, é produtivo refletir sobre as oportunidades em que esse

ensino possa ser interdisciplinar, tendo por base a interação e integração de disciplinas de diferentes núcleos profissionais que compõem a área da saúde.

Convém salientar que se preconiza a interação e integração entre os cursos, e não apenas a superposição de disciplinas, conceitos, diretrizes, metodologias, procedimentos, conteúdos e organização pedagógica (ALMEIDA et al., 2012). Devem-se conhecer claramente os limites e potencialidades advindas de cada área e a abertura para o aprendizado e construção conjunta de saberes (GARCIA et al., 2006; SANTOS, M. et al., 2017).

Além das disciplinas, a extensão universitária também é vista como um caminho viável a ser seguido para o estabelecimento da integração entre os cursos da saúde. Os docentes salientam a existência de programas cujos discentes dos diferentes cursos se desenvolvem de modo multiprofissional.

E tem também os programas, como o PET, por exemplo, que faz esse contato extra sala de aula entre todos os cursos de graduação do centro de Ciências da Saúde (Entrevista 3).

Toassi e Lewgoy (2016) mostram-se de acordo, quando evidenciam a importância da extensão universitária para o estabelecimento de interações entre os cursos. Segundo as autoras, estes recursos fomentariam uma formação mais alinhada com os serviços de saúde e o repensar da relação interdisciplinar e multiprofissional na medida em que aproximaria o “fazer” dos diferentes núcleos profissionais.

O estudo de Silva, Ribeiro e Silva Júnior (2013) revelou a potencialidade da extensão universitária para a produção do cuidado integral em saúde a partir da dinâmica multiprofissional. A articulação entre as diferentes classes profissionais da saúde em programas de extensão promove tanto a reflexão crítica acerca da interdisciplinaridade como a aproximação com a realidade da atuação multiprofissional.

Ademais, a extensão integrada, além de produzir uma formação mais qualificada aos discentes dos cursos de saúde, também é fomentadora de pesquisas científicas (SILVA; RIBEIRO; SILVA JÚNIOR, 2013). A pesquisa também é elencada pelos docentes como um campo cujas inter-relações entre os diferentes cursos da saúde podem ser exploradas, fechando assim a tríade da universidade.

[...] hoje, nós temos um grupo de estudo na “Universidade Y”, é até sob nossa coordenação, que é em psicofisiologia do exercício. E hoje nós temos inseridos nesse nosso grupo, professor de Educação Física, aluno de Educação Física, hoje nós temos professores da Psicologia, 1 Professor da Psicologia, desculpa, e vários alunos da Psicologia. [...] a gente tá aproximando agora da liga de medicina, já tá tentando trazer a Medicina para dentro do nosso grupo de estudo pra ver como é que eles podem contribuir. Porque esse nosso grupo de estudo, a gente tem duas linhas

que fica muito clara para quem tá participando. A gente tem a linha da saúde e a linha do rendimento, então nessa linha da saúde é onde a Saúde Coletiva vai estar inserida e é onde também os professores de outros cursos têm contribuído também nesse nosso grupinho de estudo, que está iniciando, é meio que o primeiro... Na verdade o segundo semestre, que a gente está conduzindo esse grupo. Já tem feito alguns trabalhos, mandado os alunos para congresso, enfim, tem contribuído na formação de Recursos Humanos nesse contexto (Entrevista 12).

Como já referido, a pesquisa científica é ferramenta importante para se pensar e construir respostas às demandas de saúde das populações, fortalecendo, assim, as práticas em saúde (CRUZ et al., 2018).

Atualmente a interdisciplinaridade é tomada como algo quase que indispensável nos meios de produção científica, visto que possibilita o diálogo entre as áreas, o trabalho em equipe, o conhecimento da área do outro e a construção de resoluções mais integrais às problemáticas evidenciadas (FIORIN et al., 2014).

Refletindo sobre a integração fora do âmbito discente, também é apontada pelos respondentes a perspectiva de momentos voltados para a qualificação e a interação do fazer docente. A formação continuada conjunta é considerada como proposta para se trabalharem os conhecimentos dos docentes com relação à temática da saúde. Além disso, esse tipo de qualificação possibilitaria a troca de saberes e de vivências entre os mesmos, contribuindo para o estabelecimento de relações mais palpáveis em seus respectivos cursos.

E, além disso, havia uma formação pros professores, que era específica para atuar na área de Saúde Coletiva. Então assim, tinham como se fossem espécies de encontros pedagógicos, onde alguns professores eram convidados pra participar. E nesse momento de formação pedagógica, a gente tinha contato com os professores de todos os outros cursos. E aí a gente sempre se aprofundava, enfim, trocava conhecimentos, era muito interessante. Então assim, de fato essa formação ampliada, não só pros alunos, mas precisa ser também pros professores, pra que isso possa de fato ser concreto na sala de aula. Porque se nenhum professor vive isso, como ele vai conseguir implementar isso para os alunos? (Entrevista 3).

O reconhecimento da necessidade de espaços para este tipo de formação continuada tem como marco a política brasileira de Educação Permanente em Saúde instituída pela portaria GM/MS 198/04. Preconiza-se, a partir deste documento, a formação permanente articulada multiprofissionalmente. Tendo como pano de fundo a educação permanente e a integralidade da atenção à saúde, criou-se o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde, tendo por objetivo a instalação de mudanças nas graduações em saúde no Brasil. (PEDUZZI et al., 2013).

Almeida et al. (2012) defendem que as IES devem investir na formação pedagógica dos docentes que atuam na formação em saúde, capacitando acerca de embasamentos do campo da saúde e do modo de atuação multiprofissional.

A mobilização de encontros pedagógicos integrados também é considerada uma ferramenta a ser utilizada no incentivo à integração entre os cursos. Segundo os docentes, estes momentos fomentariam não apenas a troca de saberes, mas também facilitariam a identificação de lacunas ainda existentes, bem como a criação de soluções a serem implementadas. Como exemplo destas, podemos citar a reformulação dos PP e matrizes curriculares dos cursos, de modo a haver maiores momentos de formação e atuação multiprofissional.

Não, a gente... A gente tem uma boa intervenção. A nossa diretora de centro, ela sempre semestralmente, ela faz encontros pedagógicos e nós sempre estamos discutindo áreas relacionadas à saúde, nesses encontros pedagógicos. Então a gente sempre tem ação junto com Nutrição, Enfermagem, Medicina e Biologia, que são os cinco cursos da área da Saúde. Então a gente, por exemplo, essa necessidade do projeto pedagógico, da reformulação do projeto pedagógico, ela nasceu justamente desses encontros pedagógicos que acontecem com todas as áreas da saúde, do centro de ciências da saúde da “Universidade X”. [...] Então assim, eu acho que essa discussão da Saúde Coletiva, é uma coisa que tem que ser inclusive melhorada nessa discussão dos encontros pedagógicos. Mas que há alguma discussão da área Saúde, entre os cursos, eu sei que há. (Entrevista 4).

Os encontros pedagógicos também são tema do trabalho de Almeida et al. (2012) e Toassi e Lewgoy (2016), que assinalam a importância de haver uma integração por parte das coordenações e docentes dos diversos cursos da saúde numa movimentação conjunta de reformulação dos PP e planejamento de atividades. Espera-se que existam momentos coletivos de “planejamento das unidades de saúde (rodas), do compartilhamento das atividades desenvolvidas (consolidado de atividades semestrais), de planejamentos coletivos (Encontros de Saúde Coletiva) e das exposições de experiências exitosas (Mostras)” (ALMEIDA et al., 2012, p. 124). Assim sendo, evidencia-se a preocupação e necessidade em manter espaços de discussão e planejamento, tendo a orquestração de vivências compartilhadas como ponto central das articulações.

O fluxo de docentes entre os cursos da saúde é evidenciado como mais uma linha a ser seguida para a implementação da integração entre os cursos de EF e os demais cursos da saúde.

Então eu acho que a gente tem uma boa interlocução, a gente tem professora de outros cursos, no nosso curso de Educação Física, e temos professores do curso de Educação Física agindo em outros cursos também, ministrando algumas disciplinas da área das ciências da saúde. Não especificamente a Saúde Coletiva (Entrevista 4).

Essa troca de informações fomentada pela troca de docentes se mostra proveitosa no que compete à integração entre os professores e estudantes de diferentes cursos,

estimulando desde cedo a prática interdisciplinar e a complementaridade do saber desde uma perspectiva multiprofissional (TOASSI; LEWGOY, 2016).

Apesar de todo esse reconhecimento, a operacionalização de momentos e recursos integrados nem sempre é implantada nas IES, deixando de proporcionar uma formação mais significativa e qualificada ao corpo discente (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; FIORIN et al., 2014). Nas realidades investigadas, nem todas as IES propiciam momentos de integração entre os cursos que compõem seu centro da saúde. As justificativas apontadas para essa ausência são de diversas naturezas, dentre estas é colocada justamente a falta de maiores abordagens sobre a área da saúde.

Bom, hoje, contextualmente e historicamente e espacialmente a gente tá muito isolado. Até assim, ficou... No passado a gente foi chamado lá para uma discussão sobre os estágios nos serviços de saúde da prefeitura e a gente ficou "Mas não, mas... a gente vai falar sobre o quê se a gente não tem?". [...] Então a gente está muito atrasado não só internamente, mas nessa interação com os cursos, porque não há muito o que interagir. Se não a gente... Se há uma parte inexistente como é que essa parte inexistente vai interagir? (Entrevista9).

A ausência de integração relatada também é justificada pela ideia de que a EF, como campo de saber, precisava se estabelecer como área detentora de uma identidade própria e que, agora, com um certo amadurecimento, pensa-se em dar início ao estabelecimento desta relação interprofissional.

Pouco. Muito pouco, eu acho. A gente teve a necessidade de se tornar uma unidade acadêmica específica, e isso é muito bom. Então a gente tá vivendo esse momento histórico, de termos um curso, ou na verdade, duas formações, a do bacharel e a do licenciado. Pensadas, discutidas e viabilizadas dentro de uma unidade que só trata da Educação Física. E isso era uma necessidade. Eu acho que isso é importante historicamente, porque em alguns locais a Educação Física fica atrelada ao centro de Ciências da Saúde, em outro à Faculdade de Educação. Então dependendo do lugar que você tá, você cria uma identidade para um lado ou para o outro. E hoje é posto que você tem que ter uma formação para esse lado mais da Saúde e outro pra área da Educação. Então esse contexto histórico que a gente tem aqui de ser uma unidade acadêmica isolada, nos permite criar unidade para partir para formar melhor para essas duas linhas. Então agora que a gente tá resolvendo melhor esse problema, e resolvendo melhor a proposta formativa, eu acho que a gente vai poder avançar na linha da Saúde, na intersetorialidade. Então agora é que a gente criou, ou tende a criar melhor a nossa identidade, a gente vai conseguir trabalhar melhor relação com as outras áreas da Saúde. A gente precisava garantir essa identificação da nossa área, e agora a gente precisa se aproximar mais das outras áreas, certo? [...] Eu acho que essa seria a possibilidade, mas por enquanto eu acredito que a gente ainda tem isso pouco, mas acredito que isso foi uma coisa necessária para a gente melhorar a formação do nosso aluno. Precisava disso, para agora ter uma formação mais bem qualificada e agora sim a gente pode conversar melhor com as outras áreas (Entrevista 10).

Este mesmo pensamento é apontado como uma das possíveis razões que levam à inexistência de integração entre os diversos cursos da saúde. Em muitos cursos, ainda

prevalece a ideia de que é necessário se manter consolidado o saber específico e uniprofissional de cada categoria, não perdendo as características do fazer singular de cada uma (PEDUZZI et al., 2013).

Entendendo que a formação uniprofissional é capaz de criar uma identidade própria entre os discentes e sua área, considerando os seus valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos, reconhece-se que de fato tal identificação profissional é importante e, em alguns casos, até necessário (PEDUZZI et al., 2013).

Entretanto, a oportunização de vivências de trabalho em equipe multiprofissional mostra-se como um caminho proveitoso e indispensável para melhor responder as demandas e complexidades da atuação em saúde. Além disso, tais experiências viabilizam o conhecimento do papel do outro e a quebra de estereótipos profissionais (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; FIORIN et al., 2014; MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

Cada especialidade precisa ultrapassar sua área de formação e competência, evidenciando seus próprios limites e buscando a contribuição de outras disciplinas [...]. É claramente reconhecido que quando os alunos se envolvem na educação multiprofissional eles aprendem a apreciar o seu próprio papel profissional dentro do sistema de saúde (FIORIN et al., 2014, p.41).

Enfatiza-se que “a literatura sobre trabalho em equipe e prática colaborativa mostra que a articulação das ações e a colaboração dos profissionais de diferentes áreas requer a manutenção das especificidades de cada área, assim como a interdisciplinaridade requer a disciplinaridade” (PEDUZZI et al., 2013, p. 979).

Essa lacuna no processo formativo prejudica os discentes, que não têm o contato com múltiplos profissionais durante sua graduação e se distanciam da realidade dos serviços de saúde. É relatado pelos docentes que tal situação acaba por afetar a própria inserção do profissional em programas de pós-graduação da área da saúde, que seriam uma etapa a mais para a qualificação profissional para o trabalho em saúde.

Eu, na minha opinião, tá bem longinho sabe. É como se fosse assim, uma ilha. Outros cursos como a Fisioterapia, a Farmácia, a Enfermagem, até a própria Medicina, eles estão mais integrados. A própria Medicina ela está afastada pelo status dela dentro da área da saúde, mas eles tão muito mais próximos que a Educação Física. É tanto que para um graduando, tu sabe por experiência, entrar no mestrado na Saúde Coletiva é difícil, porque você não leu os conteúdos durante tua graduação, que te dê suporte para fazer um exame. Mas pelo menos o básico, você tem começar do zero, do zero, ler tudo muitíssimo. Se apropriar das palavras, falar de desfecho, prevalência, aqui tu não fala disso. Imagina para fazer doutorado então. Porque aí é complicado, tu começa do zero (Entrevista 8).

Entende-se tal preocupação na medida em que, uma vez não preparados para tal inserção durante a graduação, os discentes têm de se programar para compensar tal lacuna

quando pensam em ingressar em programas de pós-graduação na área da saúde. De fato, tal situação dificulta o acesso dos discentes nestes programas, visto que muitas das questões abordadas nas seleções universitárias não foram contempladas na sua formação inicial.

Conclui-se, desta maneira, que os cursos de EF precisam fomentar maiores momentos de integração e se encaixar nos já existentes dentro das IES das quais fazem parte. As DCNs estão postas para orientar e facilitar os processos de reestruturação curricular, atentando para esse problema (TOASSI; LEWGOY, 2016). Como afirmam Fiorin et al. (2014) e Garcia et al. (2006), vem-se tornando imprescindível a revisão de espaços de integração entre as profissões e destas com os serviços de saúde.

Cabe às IES seguirem exemplos de sucesso no que compete à realização de integração entre cursos. Referências a tais casos podem ser encontradas no trabalho de Câmara et al. (2016), que aludem às iniciativas consideradas como modelos na implantação de mudanças no processo formativo destes profissionais, voltando-se, assim, para a integração multiprofissional.

Como bem argumentam Peduzzi et al. (2013, p. 979):

Nesse sentido, entende-se que a EIP na saúde passa a ser um meio de desafiar o contexto usual de formação, para encontrar respostas novas aos novos problemas que se configuram: a complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino.

A partir dos dados evidenciados no capítulo, entendemos que os cursos de EF ainda possuem atualmente uma interseção tímida com a área da saúde e da SC de modo mais específico. Apesar de serem proporcionados alguns ambientes formativos e recursos educacionais para a explanação da temática nos cursos de graduação, estes se mostram como insuficientes perante a complexidade e importância desse diálogo.

Percebe-se que as graduações e os próprios docentes estão despertando para a necessidade da ampliação do debate sobre a SC na formação inicial do P/PEF, sendo demandada por diversas vezes a realização de mudanças na estrutura curricular, visando ao alcance e à melhor contemplação desta demanda profissional/social.

Entretanto, inversamente à lógica encontrada na seção anterior das análises, em que as competências elencadas estavam muito alinhadas ao fazer docente, de ministrar aulas, ponto forte da atuação do licenciado, neste capítulo, os direcionamentos de possíveis formas de abordagens da SC ao longo da graduação tiveram por vezes o fazer do profissional bacharel como centro.

Seja nas IES que apresentam as duas formas de habilitação, incluindo aí a licenciatura, ou na IES que fomenta apenas o curso da licenciatura, o discurso que predominou foi o de fomento de momentos de laboração teórico/prática e imersão dos graduandos no cenário dos serviços de saúde.

Deve-se ter em mente que a atuação em saúde do P/PEF na SC não se limita às ações e contextos do bacharel, visto que graduação deve pensar a formação em saúde também para o licenciado, adequando tais pontos de discussão e intervenção para a realidade de trabalho do mesmo.

É pensando nesta movimentação de autoanálise e ressignificação do processo formativo, que a terceira e última seção da análise vem trazer as percepções dos docentes quanto à atual situação da formação em SC nas suas respectivas IES e a conjectura de alternativas para uma graduação condizente com o intervir qualificado em saúde.

### **5.3 O atual cenário da formação em Saúde Coletiva – limitações, potencialidades e perspectivas futuras**

O foco desta terceira seção das análises é responder ao objetivo específico de constatar as percepções dos docentes dos cursos de EF quanto aos limites e possibilidades do processo de formação ofertado no tocante à SC. Tendo isto por base, explanar-se-á a avaliação que os docentes realizam sobre o atual cenário de abordagem das temáticas da SC nos cursos dos quais fazem parte.

Questões sobre as lacunas ainda existentes serão apontadas, num movimento de reflexão e crítica acerca das principais dificuldades vivenciadas na implementação de recursos formativos que trabalhem a SC nos cursos de EF. Como argumento final, serão discutidas as modificações necessárias, identificadas pelos docentes, a serem realizadas para conseguir se estabelecer e fortalecer a área da SC como campo de discussão e ação nas formações iniciais em EF.

Tais problemáticas merecem destaque nas discussões postas, pois fomentam nos docentes momentos de ponderação quanto ao que está sendo desenvolvido em seus cursos e no que eles/elas vêm colaborando para a aproximação entre as duas áreas. Uma vez realizado isto, espera-se que os mesmos possam avançar perante o que está sendo trabalhado atualmente nos cursos e possam trazer contribuições dentro do seu fazer docente.

### 5.3.1 Avaliação da formação em Saúde Coletiva nos cursos de Educação Física

O processo de avaliação mostra-se importante para que haja uma movimentação de reflexão sobre os atuais processos formativos. Como afirmam Cavalcante e Mello (2015), a avaliação serve como estratégia de verificação da qualidade do ensino e da formação profissional.

É esta atividade de ponderação sobre a prática que fomenta momentos de planejamento do ensino, orientação da gestão pedagógica, desenvolvimento institucional, diagnóstico das deficiências do ensino e o seu reflexo sobre o processo de ensino-aprendizagem (CAVALCANTE; MELLO, 2015).

Deste modo, os processos de avaliação, sejam eles formais ou não, influenciam na construção ou reformulação dos PP, matrizes curriculares e práticas pedagógicas. Fundamentados nisso, objetivou-se captar dos professores suas percepções quanto ao atual cenário de formação para a SC em seus cursos, num processo de reflexão e crítica sobre o que vem sendo ofertado em tais ambientes.

Como resultado, houve docentes que avaliaram a formação ofertada como ainda insuficiente no que se refere à abordagem da SC. Contudo, também apareceram nas declarações apontamentos de cenários onde tais temáticas até são trabalhadas, mas que necessitam de melhorias. Do mesmo modo, também surgiram avaliações que classificaram a atual formação como suficiente, sendo capaz de prover nos discentes os conhecimentos e capacitações adequadas para se intervir em saúde.

Vemos o reflexo de boa parte das universidades brasileiras quando pensamos nas realidades em que esta formação ainda se mostra fragilizada, pois, como evidenciado por diversos autores ao longo deste trabalho (ANJOS; DUARTE, 2009; COSTA et al., 2012; OLIVEIRA, 2018; OLIVEIRA; GOMES, 2017; PALACIO et al., 2018), o atual cenário formativo nacional é de cursos de EF nos quais a SC se apresenta como uma área negligenciada.

Péssima. Péssima. Nós sabemos disso, isso é colocado até pros alunos, que isso é uma crítica que nós fazemos. Infelizmente o projeto que tá aí é um projeto antigo, se não me engano de antes de 2004 [...]. Então isso é de consciência não minha, professor “X”, mas de consciência de todos os professores do colegiado, consciência dos alunos. Mas é muito pobre a relação aqui, a formação no que se refere a isso, na “Universidade X” é muito pobre (Entrevista 1).

Nascimento e Oliveira (2016) reforçam o fato de que, apesar de o P/PEF ter espaço reconhecido nas principais políticas públicas de saúde, historicamente a sua formação

inicial não é voltada para atender esta área de atuação/discussão. O que vemos atualmente são movimentos iniciais de mudança desse perfil formativo, mas ainda sem grandes sinalizações de mudanças generalizadas na categoria profissional.

Percebemos então que já existe uma movimentação de despertar para a área, como lembrado pelos entrevistados e por autores que trabalham com a temática.

A gente tem hoje, eu diria para ti com muita tranquilidade, que mesmo sem ter o novo projeto pedagógico aprovado, há uma confluência para isso. Todos nós temos esse discurso, sem exceção. Até aqueles que não acreditavam, estão começando a entender que estão ficando sozinhos. [...] A gente vem para a escola, mas a gente traz uma bagagem da Saúde e a gente vai influenciando o pessoal que vai entrando. Dizendo "Ei cara tu tá lidando com o quê?" nas entrevistas que a gente faz, vai vendo se tem alguma aproximação. E isso com os professores que são substitutos também (Entrevista 2).

Essa movimentação vem ocorrendo desde a reformulação da compreensão do conceito de saúde, onde esta passa a ser compreendida e estruturada por uma concepção ampliada, considerando, assim, os múltiplos aspectos que se referem aos estados de saúde-doença. Entende-se que, apesar de ainda serem poucos os cursos que trabalham a formação em SC, estes estão se constituindo por uma lógica minimamente condizente com as atuais discussões em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Os docentes afirmam que em algumas IES analisadas, mais do que apenas reconhecer, estas já fomentam em momentos pontuais a discussão sobre a SC. Batista (2013) salienta que, mesmo sendo ações pontuais, estas se mostram como eficientes na reconfiguração da abordagem em saúde em cursos de graduação, levando docentes e discentes questionarem o modelo reducionista-biologizante que ainda se apresenta em algumas IES e passarem a enxergar a saúde sob o prisma também das questões sociais.

[...] eu acho que tem essa preocupação do colegiado de falar sobre saúde nas disciplinas. Então eu acho que isso é pensar a Saúde Coletiva. Então a preocupação das pessoas em trazer as datas comemorativas da saúde para a Educação Física [...], quando tem um evento, um momento importante de discussão, a gente tenta pautar a saúde, tem que ficar lembrando que a Educação Física precisa trazer a saúde para perto, essa discussão de saúde para perto. Mas acho que ainda não é suficiente para aprender, para estudar o que é Saúde Coletiva, acho que precisa ter mais. [...] precisa ter de fato um olhar para esse conteúdo e incorporar na nossa matriz curricular (Entrevista 5).

Contudo, tem-se consciência de que se precisam aprofundar as discussões sobre a temática, promovendo esta articulação por meio de recursos formativos que sejam previstos pela própria matriz curricular do curso de EF.

Apesar de todas estas configurações de formação, também foi possível visualizar realidades nas quais a SC já é área reconhecida e fortificada dentro dos cursos de EF.

A “Universidade Y” é um grande polo da Saúde Coletiva, é um dos grandes investimentos que vem tendo para possibilitar essa difusão pela atenção primária como um todo. [...] ela vem investindo muito na capacitação dos profissionais. Então é uma questão da direção e vem descendo muito para os cursos. Eu penso que há um trabalho multiprofissional, a gente tem aqui. Então eles buscam muito isso [...]. São 1 ano praticamente, são 3 semestre que ele fica em cima dessa difusão do que é a Saúde Coletiva. Então eu penso que a “Universidade Y” ela vem ganhando muito terreno nesse aspecto. Ela gosta de difundir isso. A gente tem aqui uma pós-graduação em Saúde Coletiva (Entrevista 15).

Realidades como esta e como aquelas trazidas por Câmara et al. (2016) e Oliveira (2018), nas quais os cursos de EF já preveem em sua matriz curricular obrigatória momentos de discussão teórica e atividades práticas que envolvam a SC mediante diversos recursos formativos, devem ser tomadas como cenários almejados, promovendo uma formação para a área da EF em que a SC seja componente consolidado no processo de graduação.

Baseados nisso, observamos existirem, em Fortaleza, diferentes conjunturas no que se refere à formação em SC nos cursos de graduação em EF. Infelizmente, ainda prevalece a realidade de a SC nem sequer ser mencionada como componente curricular, deixando a formação do P/PEF deficitária no que a ela compete.

Todavia, já é possível entrever o despertar para a abordagem desta área. Torna-se comum o discurso de esforços no que diz respeito à maior atenção para a SC, nem que esta seja contemplada por meio de ações pontuais. Reconhece-se que, da forma como estão postos hoje, os cursos de EF são insuficientes para uma formação adequada em saúde, levando a uma movimentação de reflexão e mudanças nas diferentes IES. Apesar destas problemáticas, é possível ter perspectivas de melhora, principalmente quando encontramos cursos que já articulam a SC de forma sólida, estimulando seus discentes desde os anos iniciais para a intervenção na e com a área da saúde. Como já mencionado, iniciativas como esta devem ser tomadas como espécimes de protótipos, procurando seguir as ações positivas, reajustar os pontos falhos e adequá-las à realidade dos diferentes cursos, propagando tais feitos nos demais ambientes de formação.

### *5.3.2 Principais dificuldades na abordagem da Saúde Coletiva*

Como demonstrado, boa parte dos cursos de graduação em EF ainda têm a SC como área secundária, destinando para esta pouco espaço dentro da matriz curricular e das ações realizadas ao longo da graduação. As razões que levam a tais circunstâncias podem ser de diversas origens, sendo algumas evidenciadas pelos docentes.

Em várias declarações foram apontadas justificativas que levam a uma não abordagem da SC, dentre as quais podem-se destacar: visão biologicista e mercadológica da saúde; despreparo docente; falta de estrutura e logística favorável; e inexistência de recursos pedagógicos que trabalhem a temática.

Quando pensamos na discussão de temas relacionados à SC, temos em mente uma aproximação pautada na visão ampliada de saúde. Entretanto, muitos docentes colocaram o tratamento do tema sob o prisma biológico, cuja conexão da EF com tal área baseia-se apenas a relação de causalidade e da prescrição de exercícios físicos.

É obvio que uma coisa que é muito difícil trabalhar com os Professores de Educação Física [...] é deles entenderem que só a Educação Física por si só, ela não vai conseguir contribuir com a concepção da saúde. Isso é muito difícil para o Professor de Educação Física, por que o Professor de Educação Física ele faz uma relação causal, entre fazer atividade física, fazer exercício físico, e ter saúde. [...] Então é perigoso quando o Professor de Educação Física ele se volta só pra isso, a importância da atividade física, do exercício físico, da prática, da prática, da prática, e ele esquece esses outros conceitos da saúde (Entrevista1).

Apesar de reconhecer a EF como profissão integrante dessa área, historicamente seu processo de ensino-aprendizagem vem sendo pautado sobre uma ideia biologizada, conteudista, mecanicista e fragmentada da saúde (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018). Entretanto, como apontado por Nascimento e Oliveira (2016, p. 211):

[...] a EF não será capaz de interferir no fenômeno saúde-doença se não for capaz de ressignificar sua tradição alicerçada no biológico e, enfim, possa dar relevância para o social, o público, o coletivo, centrando assim a atenção não mais na doença e seus fatores de risco, mas sim na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida.

Como manifestado por Deive (2002) e Mira (2003), a relação entre a EF e a SC se dá bem mais além do que apenas pela prescrição de exercícios físicos e pelo estabelecimento de uma relação positiva de causa-efeito que delega à EF o papel de “solução para os problemas de saúde”.

A partir da relação com a SC, a EF pode mobilizar inúmeras possibilidades do corpo e do movimentar-se, considerando as mais diversas esferas do viver voltado para a saúde. Assim sendo, as intervenções do P/PEF devem promover novas concepções sobre o corpo e sobre a própria saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

É pensando nisto que se reforça que os P/PEFs abordem, nas intervenções em saúde, as mais diversas manifestações da cultura corporal de movimento, rompendo com o estereótipo da prescrição de exercícios físicos voltados exclusivamente para o condicionamento físico. A perspectiva é que se olhe o corpo e os indivíduos de maneira

integral, considerando, além do aspecto biológico, os aspectos sócio-histórico-culturais envolvidos nos processos de saúde-doença (MANSKE; OLIVEIRA, 2017), pois:

Essa característica de formação hierárquica e o conceito de saúde limitado ao binômio saúde-doença tornam a atuação profissional da EF na saúde um tema extremamente complexo, baseando-se em pressupostos teóricos que tradicionalmente se distanciam da realidade prática e do cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) (CANDIDO; ROSSIT; OLIVEIRA, 2018, p. 307).

Corroborando a mesma noção, foi mencionada pelos docentes a dificuldade em estabelecer ligações com os serviços públicos de saúde, apresentando-se como principal barreira o fato de a formação do bacharel ainda ser muito voltada para a prescrição individual privada de exercícios físicos e, ainda, o fato de não se ter uma visão ampliada da real atuação do PEF nestes locais.

Por essas características da própria literatura e da área, a gente está formando para prescrição individual em ambientes específicos. [...] Então a gente está formando praticamente para o mercado individual privado. A nossa inserção nos serviços públicos é muito pequena ainda, então também não podemos dizer que é uma culpa só nossa, mas historicamente é o que a gente tá. A gente está numa saúde suplementar privada (Entrevista 9).

A dificuldade de estabelecer pontes com os serviços de saúde pode estar associada ao fato de que conhecimentos técnicos-procedimentais pautados no fazer prescritivo não condizem com o que se pensa sobre SC, SUS, cuidado integral e práticas corporais voltadas para a saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Da mesma forma que a falta de conhecimento sobre o assunto distancia o profissional dos serviços, a falta de contato com os serviços distancia o PEF das temáticas da SC, fazendo de tal situação um círculo vicioso que prejudica tanto o profissional como o próprio serviço de saúde. Manske e Oliveira (2017), ao tratarem do assunto, trouxeram em seu estudo a realidade de estudantes que pouco sabiam sobre o SUS e que, por consequência, pouco compreendiam o papel do PEF neste campo de intervenção.

Pode-se imaginar que esta situação está atrelada à ainda incipiente inserção da EF no SUS, que vem ganhando espaço apenas a partir da criação dos NASF-AB (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017; MANSKE; OLIVEIRA, 2017). Recomenda-se, assim que sejam abordados nos cursos de graduação em EF assuntos referentes aos princípios, conteúdos e estruturas que regem o SUS, de modo tal a não apenas qualificar, mas a aproximar os discentes desta realidade e propiciar-lhes maior identificação com o campo.

Outro problema indicado pelos informantes e que precisa de atenção diz respeito à visão mercadológica que algumas vezes se faz da área da SC, ao se realizar com ela uma aproximação pensando apenas nas vantagens do mercado de trabalho que esta proporciona.

Então eu acho muito limitante, na verdade olha, pode ser que até que eu seja apedrejada pelo que eu vou dizer, mas para mim é um povo querendo pegar mais um campo de trabalho, sabe? [...] Isso me incomoda, eu acho que é muito limitada, é muito pouco. [...] Eu acho que a maioria dos cursos, a maioria dos profissionais também não sabe nem o quê que tá fazendo dentro da Saúde Coletiva. Então para mim foi assim... Um campo que se abriu e o povo foi na onda, pensando nessa ideia de prevenção de doenças (Entrevista 6).

A SC vem se configurando como um novo perfil profissional desde 1990, quando, a partir do movimento de democratização da saúde, o mercado de trabalho começa a demandar novos olhares e qualificações dos profissionais que atuam no SUS. Espera-se que, ao adentrar nesta nova lógica dos serviços de saúde, o profissional esteja atento às demandas sociais-histórico-culturais da população a que atende (SILVA; PINTO, 2013).

De fato, a SC tem se transformado em um novo nicho mercadológico. No entanto, deve-se ter em mente que a educação para a saúde não pode ser voltada exclusivamente para o mercado profissional, pois isto influenciaria o modo como os trabalhadores veem os serviços e sua atuação, afastando-se deles por consequência do seu papel social (VASCONCELOS; GOUVEIA, 2011).

Entendemos que o olhar que se destina à área deve ser mais holístico, devendo esta ser pensada, estruturada e ofertada nos cursos de graduação, visando à capacitação de profissionais que intervirão com e para a saúde de indivíduos e populações em diversos espaços de atuação, não apenas no “ramo” da SC.

Tais problemáticas atrelam-se a uma outra também evidenciada pelos entrevistados, o despreparo por parte do corpo docente dos cursos de EF para trabalharem o tema. Por vezes referiu-se que existe um desconhecimento do que seria a SC, culminando numa abordagem nem sempre proveitosa e condizente com o que se pensa e faz em saúde atualmente.

[...] a própria realidade dessa discussão é muito ausente nas formações dos professores em geral. Então às vezes algum professor nosso nunca... Não sabe o que é SUS, só sabe que é aparentemente algo ruim, ineficiente. Não sabe como era antes a saúde no Brasil, o serviço de saúde no Brasil antes do SUS. Então até às vezes é perigoso a gente... Tem um certo receio de pedir que isso se torne mais massificado, que a gente também não sabe o quê que vai ser discutido efetivamente nas várias disciplinas (Entrevista 9).

O estudo de Dalmolin et al. (2011) apontou que existem docentes com diferentes visões sobre o que é a saúde. Na atual realidade dos ambientes formativos, é possível identificar docentes com uma visão abrangente sobre a temática, contudo, nem todos possuem esta percepção. Ainda se identificam docentes nos cursos de formação que manifestam uma perspectiva reducionista, pontual, assistencial e curativa de saúde, o que prejudica a apreensão, por parte dos discentes, dos conceitos e visões ampliadas de saúde.

Este fato pode estar condicionado à própria formação inicial dos docentes, que, por não terem tido contato com essa discussão durante o seu processo de graduação, demonstram dificuldades em apreender e empregar essas novas formas de pensamento e intervenção. Como já mencionado antes, historicamente a formação do P/PEF é pautada pelo saber biológico, visão que ainda vem se propagando por via da fala docente e distanciando, conseqüentemente, os futuros profissionais da compreensão esperada sobre saúde (FERREIRA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2013).

Stanga e Rezer (2015, p. 601) evidenciam que “isso representa um movimento dos processos de formação, e, nessa perspectiva, as questões tratadas no ensino refletem-se de forma direta ou tangencial nos conhecimentos que direcionam as intervenções pedagógicas na formação inicial contemporânea”. Entendendo, portanto, os docentes como formadores de opinião em saúde, devemos nos preocupar com a construção de um novo perfil docente, em que este esteja atento às novas perspectivas e demandas da saúde, entendendo-a como um fenômeno amplo, integral e complexo (DALMOLIN et al., 2011; MACHADO; MACHADO; VIEIRA, 2011).

Essa condição de distanciamento das concepções atuais de saúde pode estar associada à falta de articulação entre os próprios docentes, que se isolam em sua área de atuação e deixam de ter contato com tantos outros campos do conhecimento que podem dialogar com a EF.

[...] nós temos uma formação em que o professor ele vem para cá para formar um profissional, mas ele tá preocupado com a disciplina dele. Então ele tá preocupado com o conteúdo, ele não entende que aquele conteúdo é a ponte, é a ponte, pra uma ligação direta com o que eu vou fazer lá fora (Entrevista 2).

Carpes et al. (2012, p. 146), ao dialogarem sobre processos de hiperespecialização das áreas do conhecimento, afirmam que “mentes formadas pelas disciplinas perdem suas aptidões naturais tanto para contextualizar os saberes, quanto para integrá-los em seus conjuntos naturais”. Depreende-se, de tal conceituação, que a hiperespecialização acarreta uma fragmentação e um enfraquecimento das ações de atenção à saúde, pois, muitas das

vezes, esta superespecialização é estabelecida tendo como foco interesses próprios do profissional e não a contribuição coletiva a partir do saber especializado (WOOD JR, 2018 apud CÓRDULA; NASCIMENTO, 2018).

Por reflexo disto, temos a formação de profissionais com conhecimentos e atuações limitadas perante a complexidade das demandas de saúde, dificultando, assim, o estabelecimento de inter-relações entre as diferentes áreas e contextos que transpõem os processos de saúde-doença (CARPES et al., 2012).

Tem-se que esta falta de articulação e interação entre os docentes pode correlacionar-se também às questões políticas e operacionais das próprias IES, que não possibilitam a existência de espaços para a discussão de tais temáticas (STANGA; REZER, 2015). Preconiza-se, então, a construção de espaços de discussão e de produção científica sobre temas aglutinadores, favorecendo o pensar e fazer coletivo sobre a formação em saúde, bem como o repensar da prática docente (CÓRDULA; NASCIMENTO, 2018; STANGA; REZER, 2015).

Além disso, questões estruturais e logísticas são consideradas óbices à dedicação à área da saúde, pois a ausência de espaços de formação de modo geral e próprios para a SC pode ser algo que dificulta a aprendizagem.

Nós estamos nos preocupando para ver aonde que nós vamos ministrar a aula. Isso é um caos. No lugar de você ficar pensando, que tipo de intervenção, qual a metodologia que você vai utilizar, melhorar sua aula, a gente tem que tá pensando "Oh, não vai ter quadra hoje aqui, vou ter que ir lá na quadra "W"". Ou, "Vou ter que ir lá na praia para ministrar aula". [...] As bibliotecas, aonde tem que ir? Tem que ir lá na biblioteca central. Tu quer pegar um livro da área da saúde, tem que ir aonde? Lá no "Local K". Se tu quer se especializar com uma disciplina, tem que ir lá no "Local K". Então sabe, é muito difícil. Fora o perigo que você corre transitando de cima para baixo. Então aqui é meio tipo assim isolado, sem condições, pouca estrutura (Entrevista 8).

Entretanto, as instituições formadoras são incumbidas de fornecer espaços variados, estimuladores e adequados que possibilitem o aprendizado, a vivência de situações problemas e o estabelecimento de relações interpessoais horizontalizadas entre graduandos e professores, proporcionando, deste modo, um aprendizado significativo (ALMEIDA, 2003; SOUZA; IGLESIAS; PAZIN-FILHO, 2014).

Decorrente de todas estas problemáticas, temos a inexistência de recursos pedagógicos que lancem mão do tema como um dos problemas centrais. Grande parte dos docentes apontou a falta de disciplinas, estágios e grupos de pesquisa como fato impeditivo para uma boa qualificação discente no que compete à formação para a SC.

E na perspectiva da Saúde Coletiva, ou nos serviços públicos, na atenção básica, a gente praticamente o aluno nosso atualmente não vê nada. A gente tem algumas pinceladas que algum professor fala, mas a gente não tem disciplinas obrigatórias nessa área, eminentemente uma disciplina optativa que tem de atividade física e saúde, muitos alunos, como ela é optativa, muitos alunos podem não fazer, e dependendo do professor ainda, ele aborda ou não aborda conteúdos de Saúde Coletiva, de atenção básica, de SUS. [...] E também os estágios atualmente não conseguem trabalhar isso, porque há um estágio de 6 créditos de "atividade física e saúde, qualidade de vida", só que eminentemente o direcionamento é maior para o ambiente de academia (Entrevista 9).

Como já evidenciado no capítulo anterior, o fomento a tais recursos pedagógicos mostra-se de grande valia para a formação do P/PEF (MAFFEI; FERREIRA; BOTIGELLI, 2015; MANCHINI; PEDROTTI; KRUG, 2018). Estes podem ser utilizados tanto para a aproximação como para o aprofundamento sobre esse eixo ao longo do processo formativo, favorecendo uma discussão ampla e embasada sobre a área.

O fato de se visualizarem espaços de discussão sobre saúde nas graduações sinaliza perspectivas de mudança quanto à formação ofertada, predizendo que novas visões de saúde estão sendo postas em dúvida nos cursos iniciais (OLIVEIRA; GOMES, 2017).

Entendemos, contudo, que todas estas questões podem estar ligadas a uma anterior, a falta de identificação com a área da saúde. Apesar de termos nossas ações reconhecidamente associadas a bons estados de saúde há anos, apenas recentemente nos foi dado o reconhecimento legal como profissionais integrantes da área da saúde (OLIVEIRA, 2018).

Mas isso é porque nós não criamos essa identidade, a gente ainda tá brigando por isso dentro da profissão. Tem grupos que defendem que jamais. [...] nós somos desconsiderados. Por quê? Porque o professor não quer ensinar isso. Professor forma opinião, então se você abre a boca para 50 alunos e diz "jamais tem que se trabalhar saúde na escola" [...] você é um irresponsável (Entrevista 2).

Machado (2007) admite como necessária a discussão de tais eixos nas graduações, visando não apenas ao fomento ao conhecimento, mas também ao reconhecimento e à apropriação pelos discentes deste campo de atuação/discussão que lhes pertence. Essa legitimação precisa ser internalizada pelos profissionais da área para que assim a saúde seja mais bem vista e ocupe maiores espaços nos cursos de graduação.

Entendemos, diante dessa discussão, que várias são as problemáticas que dificultam a abordagem da SC nos cursos de graduação em EF. Todavia, devemos ter em mente que urge o acolhimento deste tema pelos P/PEF.

O cenário das políticas públicas, por exemplo, abre cada vez mais espaço para a comunhão das duas áreas, favorecendo e demandando a qualificação dos P/PEF para que se

envolvam nestas ações, com o objetivo de melhorar os estados de saúde das diversas populações (CARVALHO; ABDALLA; BUENO JÚNIOR, 2017). Assim sendo, cabe às IES pensarem estratégias de aproximação, capacitando seus discentes para esta articulação possível entre áreas de estudos.

### *5.3.3 Modificações necessárias para o alcance de uma boa formação em Saúde Coletiva*

Pensando em atender a esta demanda formativa, os docentes elencaram uma série de ações a serem implantadas para o estabelecimento da SC como área sólida dentro dos cursos de EF. Estas mudanças são direcionadas tanto para o corpo docente e IES formadoras como também para a própria classe profissional de modo geral. Tendo como foco as mudanças do agir docente, referiu-se que estes devem se sensibilizar para a abordagem da temática, considerando a visão ampliada de saúde e todas as demais discussões caras à área da SC.

[...] eu tenho que conversar com os meus professores. Que trabalham na formação de recursos humanos. A gente tem que convencer os nossos professores de apresentar o que é saúde no contexto mais amplo (Entrevista 12).

A ideia é que os docentes consigam atuar baseados no conceito ampliado de saúde, correlacionando a EF e a SC na perspectiva de diferentes saberes, que vão desde as questões biológicas até os aspectos culturais (OLIVEIRA; GOMES, 2017).

Ainda é possível encontrar, no meio acadêmico, docentes que resistem às mudanças que vêm ocorrendo nos ambientes formativos. Isto se dá por tais transformações baterem de frente com concepções que já se encontram enraizadas no seu papel profissional. O que decorre disso são graduações cujas reformas curriculares até ocorrem, porém, por não serem incorporadas pelos docentes, tornam-se vazias de profundidade e, conseqüentemente, os discentes não abraçam sua ideia (VASCONCELOS; GOUVEIA, 2011). Como já mencionado, o docente desempenha um papel fundamental na formação de futuros profissionais, portanto deve-se despertar um olhar atento para este profissional e o que este desenvolve em sua sala de aula.

Outra modificação direcionada aos docentes solicita que estes não trabalhem com esta correlação apenas em suas respectivas ações pedagógicas, mas que também incentivem que os discentes se engajem de forma mais vinculada a estas temáticas, seja por meio de pesquisas, programas de extensão ou pós-graduações.

E também na proposição de estudo. Eu acho que quando eu estimulo o aluno produzir nessa área, e também não parar a sua carreira por aqui, mas tentar um mestrado, uma especialização nessa área, então eu acho que a gente tenta contribuir nesse sentido. Tenta sempre incentivar os alunos para fazer PET, para se fazer monitoria na área da saúde, fazer a monitoria voluntária, vai lá no serviço, vai lá no posto de saúde, tenta fazer uma vivência voluntária, se aproxima do profissional daquela área, do profissional da Educação Física lá do serviço, tenta fazer um estágio voluntário na área da saúde para que você não saia dessa formação sem vivenciar esse campo de atuação (Entrevista 5).

Contudo, a resolutiva mais comentada pelos docentes é a reformulação curricular. Segundo os relatos docentes, todas as três instituições investigadas estão passando por processos de reformulação no seu currículo, de modo a atender melhor aos temas caros à SC na formação inicial do P/PEF.

Os processos de formação dos profissionais da área da saúde, por seu turno, vêm se reformulando ao longo do tempo por meio de movimentos crítico-reflexivos pautados nos respectivos contextos sócio-históricos. Tais mudanças muitas vezes estão associadas às demandas que surgem de docentes, discentes, trabalhadores e gestores, mesmo que não sejam exatamente as mesmas para todos (BATISTA, 2013).

Nos cursos de EF, este pensamento de mudança na formação em saúde vem se desenvolvendo principalmente nos últimos anos, quando diversos estudos passaram a apontar a fragilidade encontrada nos currículos quanto à preparação para atuação nos serviços e ações de saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016; OLIVEIRA; GOMES, 2017).

Como discutido por Nascimento e Oliveira (2016) e Vasconcelos e Gouveia (2011), as mudanças que ocorreram na área da SC serviram como mola propulsora para as diversas modificações curriculares que vêm acontecendo nos últimos anos. A partir destas, os cursos de graduação em EF passam a olhar para a saúde de uma forma mais humanizada e ampliada, buscando entender os indivíduos de forma integral e tentando formar profissionais mais resolutivos quanto às questões da saúde.

As reformulações na formação inicial do P/PEF se mostram necessárias para que haja uma real preparação para se intervir em saúde. Entende-se que estas reestruturações curriculares possibilitariam o desenvolvimento de competências voltadas para a ação em saúde, tais quais as capacidades de “avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular suas práticas, considerando a diversidade dos indivíduos e das coletividades” (FALCI; BELISÁRIO, 2013, p. 894).

As reformas apontadas pelos entrevistados são pautadas na perspectiva de que deveria haver maiores espaços de discussão sobre a área da SC nos cursos de formação

inicial, recorrendo ao tripé do ensino, da pesquisa e da extensão como ferramentas pedagógicas para tal abordagem.

Precisa abordar mais os conteúdos, abrir espaço para o estágio dentro da graduação e criar outros projetos de extensão. Então, a pesquisa, o ensino e a extensão, deveriam melhorar mais (Entrevista 8).

Os principais recursos formativos apontados pelos docentes que devem sofrer alterações com as reformulações curriculares são as disciplinas e os estágios, que, além de ganharem um espaço específico, ainda pretende-se que sejam colocados como parte obrigatória dos novos currículos. Reforçamos que, no caso dos estágios realizados nos serviços de saúde, estes se restringem ao graduando bacharel, o que não quer dizer que o licenciado não possa fomentar a temática nos seus cenários de estágio próprios.

[...] a gente já tentou melhorar porque a gente fez uma reformulação curricular, e a gente ampliou essa inserção. Não só com a parte conceitual em disciplinas, mas especificando um tempo de estágio obrigatório para esse campo (Entrevista 10).

Anjos e Duarte (2009), Costa et al. (2012) e Pasquim (2010) reforçam a importância de que tais recursos possuam uma carga horária adequada e sejam obrigatórios dentro das matrizes curriculares, de modo tal que todos os discentes tenham contato com a temática. É bom ressaltar que, nestas reformulações, os programas de extensão e grupos de pesquisa também passam a receber maior destaque no que se refere à SC.

Já temos esse grupo que tá agora se reativando, Educação Física e Saúde Coletiva, e aí com certeza com essa mudança, vão aparecer talvez aí, nós já temos alguma coisa apontando, um projeto de pesquisa e projeto de extensão também nessa área. Então acho que algumas coisas vão começar a melhorar aí para o campo da Saúde Coletiva no curso da “Universidade X”. (Entrevista 1)

Para que tais modificações sejam realizadas, é necessária uma requalificação da carga horária, abrindo espaço para que a SC seja posta como parte integrante da matriz curricular. Esta questão torna-se delicada na medida em que mexe com áreas já consagradas nos cursos de EF, como as áreas dos esportes, do treinamento físico e da pedagogia.

[...] tirar algumas horas de outras áreas que há muitos anos tem uma competência nessa área, mas reavaliar essa competência, pela necessidade da vida atual, e jogar algumas horas para essa área de Saúde Coletiva, Saúde Pública (Entrevista 7).

Pasquim (2010) salienta que esta requalificação se faz pertinente, principalmente para dar novos ares aos cursos de EF, que por anos se mantêm alinhados e voltados apenas para estas grandes áreas. Contudo, ainda se percebe resistência por parte das IES formadoras

em romper com esta tradição curricular pautada nos conhecimentos técnico-esportivos e médico-científicos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016).

Além das reformulações estruturais, recomenda-se também a reformulação de olhares para a SC. É preciso se ter em mente a importância da atenção direcionada, de modo tal que esta temática não seja apenas mais uma área incluída na matriz para preencher carga horária, mas que seja vista como campo de saber e atuação que merece reconhecimento e dedicação.

Há uma linha de formação para a saúde, então a gente agora no currículo tem essa formação transversal forte, mas a gente tem uma linha de direcionamento ou de enxergar a saúde como tema de formação. [...] agora a gente inclui uma linha que chama atenção pro aluno da necessidade de olhar para que isso também pode se reverter para atuação de saúde. [...] Vão ter a vivência, vão ter a formação, vão ter esse alinhamento do olhar para isso dentro da formação, [...]. Então vai tá garantida a formação e o olhar específico para saúde. Eu acho que na proposta nova a gente conseguiu avançar muito, nesse aspecto de favorecer isso a todos os alunos (Entrevista 10).

Podemos dizer então que o intuito de tais reformulações é o aumento das oportunidades de contato e vivências relacionadas à SC, ponto frisado pelos próprios docentes. Espera-se que desde a graduação os futuros profissionais já comecem a ter contato com a realidade das ações de SC, tornando o processo formativo produtivo e significativo para aquele que decidir se dedicar a este campo profissional ou trabalhar com seus conteúdos nos diversos cenários de atuação.

Eu acho que eles vivenciarem problemas da Saúde Coletiva e trazer para Educação Física e tentar resolver e dar um retorno para a sociedade acho que seria interessante. Porque eles estariam já se inserindo no campo de prática bem precocemente, antes de se formarem, então estaria, seria bom para eles, porque estariam se formando a partir do contexto, e também estariam levando resoluções para a vida das pessoas lá fora, para política de saúde (Entrevista 5).

Tal lógica também é exposta no estudo de Manske e Oliveira (2017, p. 198), que afirmam que “a situação real é a referência da aprendizagem, ou seja, por meio da problematização da situação real se constrói o conhecimento”. Logo entendemos que a oferta de contato e vivências práticas nos cenários de atuação torna-se uma ferramenta pedagógica de grande valor formativo, não apenas aproximando o discente das realidades dos locais e serviços, mas fomentando a observação crítica e reflexiva sobre tais ambientes.

Apesar de todas estas discussões, uma que merece destaque é a que diz respeito a se estimular um maior engajamento político de reconhecimento como profissionais da saúde. Faz-se necessária uma movimentação dos conselhos de classe para que se legitime não apenas

a abordagem destas temáticas nos cursos de graduação, mas uma maior inserção destes egressos nos serviços de saúde e a discussão destes assuntos nos ambientes escolares.

eu acho que talvez uma intervenção maior, até no próprio conselho de classe, fazendo uma campanha bem ampla junto à sociedade e junto também aos profissionais e aos profissionais em formação, do entendimento do profissional de Educação Física como profissional da área de saúde. [...] em nível de mudar o pensamento do senso comum da população, talvez fosse uma ação maior dos conselhos de classe, do Conselho Federal e do Conselho Regional, uma campanha pro Profissional de Educação Física enquanto profissional da área de saúde. Acho que isso é importante. (Entrevista 14).

De fato, cabe á nós, P/PEF, nos empoderarmos de nosso lugar no universo da saúde e da SC. Devemos, junto aos Conselhos Regionais e Conselho Federal, iniciar uma movimentação de reconhecimento e sensibilização para nosso papel perante a saúde da sociedade. O afirmamos no sentido de que, se eu, como profissional, não me reconheço em minha profissão, dificilmente a sociedade irá constatar por iniciativa própria meu valor e importância.

Compreendendo que as práticas de ensino carregam consigo cunhos políticos e que estas não estão neutras a tais questões, entendemos que os currículos das graduações respondem a um dado projeto social (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2016). Assim sendo, urge a apropriação dos temas da saúde e SC pela categoria profissional, pois só assim estaremos em consonância com as políticas públicas de saúde e com o que estas demandam de nós, P/PEF.

Diante do exposto, percebemos que atualmente parte dos cursos analisados ainda não correspondem a uma formação em SC em conformidade com as demandas e expectativas para uma intervenção qualificada em saúde. Questões estruturais dos cursos e de identificação com a área por parte dos docentes é algo que precisa ser mais bem trabalhado para que se alcance uma graduação capaz de instruir os discentes para este nicho de atuação.

Entende-se, do mesmo modo, que há uma legitimação da necessidade de maior articulação e que esta precisa ser efetivada o mais breve possível. A identificação desta precisão por parte dos docentes permite imaginar que esforços para mudanças estão sendo feitos, pois, uma vez identificado o problema, a busca por soluções assertivas torna-se mais viável.

Apesar disso, algo que se depreendeu das entrevistas e do trabalho como um todo foi o posicionamento passivo que alguns docentes apresentam diante das dificuldades evidenciadas. Mesmo reconhecendo a importância da temática, a necessidade de mudanças e

caminhos que podem ser trilhados, nem todos se implicam de fato na busca por melhorias quanto a esta formação na graduação.

Ademais, é possível vislumbrar na fala dos informantes a culpabilização das instituições e seus currículos ou até mesmo de seus colegas de curso, pela escassa abordagem da SC ou pela abordagem desta de maneira não condizente com os princípios da área. Contudo, nenhum destes apontou a sua lida com a temática como parte do problema ou como componente da mudança. Assim, vemos que os docentes precisam se apropriar da SC e tomar para si a responsabilidade de implantar as transformações que almejam no que lhes compete.

Mesmo com estas problemáticas, vislumbramos nas referências dos professores perspectivas de soluções a serem implementadas para se efetivar tais mudanças, deixando, assim, a percepção de que novas formas de se pensar e estruturar os cursos de graduação estão sendo construídas. Espera-se que, a partir disso, a SC seja mais bem abordada nas formações iniciais dos P/PEF, fazendo com que este se torne e se sinta cada vez mais apto a assumir seu papel perante a atuação na e para a saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de apontarmos as implicações finais do estudo, é preponderante destacar que o pressuposto inicial foi em parte refutado, uma vez que se imaginavam cenários de formação em SC cuja organização e aproximações com a mesma ainda fossem iniciais e pouco estruturados. Contudo, o que observamos foram IES com alguma inserção e relativa estruturação da abordagem da SC na formação em EF, apesar de apresentarem níveis de aprofundamento diferentes.

De modo geral, a formação em Saúde Coletiva dentro dos cursos de Educação Física na cidade de Fortaleza está caminhando para um cenário favorável no que compete à capacitação deste futuro profissional da saúde.

Apesar das diversas problemáticas apontadas quanto ao atual cenário formativo no que diz respeito à falta de estrutura curricular, estrutural (física e logística) e pedagógica, vislumbra-se, nas falas docentes, o despertar para a importância e necessidade de se trabalhar esta temática durante a formação inicial do P/PEF.

É possível apreender que a maioria dos docentes apresenta conhecimentos convergentes ao que vem sendo discutido sobre saúde e Saúde Coletiva nos principais meios de construção das áreas. Contudo, emerge a necessidade de um olhar atento para que questões da ordem do biológico não fiquem à frente dos processos de formação em saúde, pois ainda é possível encontrar falas de profissionais que ligam a EF à saúde apenas sob a óptica da prescrição de exercício físico e intervenção sobre DCNTs.

Entende-se que esta perspectiva está associada ao processo de construção do próprio campo da EF e que tem a sua carga de importância no âmbito do fazer profissional. Entretanto, a ampliação de tais questões torna-se fundamental para um entendimento mais integral dos indivíduos e seus processos de saúde-doença.

O reconhecimento do P/PEF como profissional da saúde e suas devidas competências e atribuições são percebidas pelos docentes, que conseguem vislumbrar a intervenção em saúde dos futuros profissionais nos mais diversos espaços e perspectivas de atuação. Deste modo, concluímos que há uma confluência favorável para que uma formação qualificada em SC seja de fato implementada nos cursos de graduação investigados.

Infelizmente, apenas um dos cursos investigados possui hoje a Saúde Coletiva como área oficialmente prevista em sua matriz curricular, empregando os mais diversos recursos pedagógicos para a abordagem do tema. Nos demais cenários analisados, o que se encontra atualmente é uma realidade em que a SC ainda é alocada em segundo plano nos

currículos, não dispendo de disciplinas e estágios obrigatórios específicos (no caso do bacharelado) para o desenvolvimento dessa relação virtuosa com a EF.

Percebe-se, a partir disto e das declarações dos entrevistados, que existe uma situação de contradição que precisa ser superada. É possível encontrar nas IES investigadas docentes que possuem uma visão favorável quanto aos conhecimentos e abordagens da SC nos cursos de EF, porém, ao mesmo tempo, a estrutura curricular vivenciada por estes não propicia que tais questões sejam exploradas, e nem todos se implicam na busca pela efetivação das mudanças necessárias.

Os poucos espaços onde ainda se tem um pequeno contato com os temas da SC nestas IES se restringem a grupos de pesquisa e a programas de extensão, em menor e maior número respectivamente. Contudo, entendemos que o contato por meio dos demais recursos formativos também se mostra importante, principalmente quando pensamos numa formação ampliada e integralizada.

Entretanto, a identificação de uma IES que não apenas esteja atenta para esta questão, como também já a trabalha de forma consolidada em seu currículo, torna a perspectiva para o futuro animadora. Partindo dos feitos realizados nesta IES, pode-se haver uma propagação da discussão da SC nos demais ambientes formativos, cabendo então às IES e aos seus docentes tomarem tal realidade como observatório e estabelecerem diálogos entre si, de modo a fortalecer a área da EF no que compete à formação em SC.

Do modo como estão postas nos dias atuais, as graduações ainda se encontram limitadas no que se refere à formação em SC, carecendo de mudanças para que se alcance uma formação profissional adequada quanto ao que se espera de um profissional da saúde. É pensando nisto que todas as IES investigadas estão passando hoje por processos de reformulação curricular, buscando fornecer aos seus discentes uma aproximação e aprofundamento nos conteúdos e vivências relativas à SC.

Contudo, mais do que mudanças na estrutura curricular dos cursos, urge uma mudança na configuração política e identitária da categoria profissional para com a área da saúde. Emanando do discurso docente a percepção de que os Conselhos de classe precisam estar mais atuantes para que ocorra um reconhecimento massificado do papel do P/PEF na saúde, corroborando para sua inserção cada vez maior nas intervenções e ambientes de saúde.

Entendemos que, a partir dos achados, o trabalho não se propõe a apontar direcionamentos a serem seguidos à risca para a construção de graduações perfeitas no tocante à formação em SC, até porque cada IES é detentora de uma realidade única e particular que deve ser levada em consideração na hora de se pensarem sugestões a serem adotadas.

O intuito maior foi identificar os pontos fortes e fracos dos processos formativos ofertados e apontar sugestões de como fortalecer a abordagem da temática nos cursos de graduação, capacitando, assim, de modo mais adequado o futuro profissional que intervirá em saúde.

Apesar desta finalidade principal, emerge como proposição o fomento a momentos de discussão ao longo do processo formativo, se valendo da utilização de todos os recursos pedagógicos aqui evidenciados e de um maior incentivo ao engajamento em eventos e pós-graduações da área da SC. A abordagem da SC direcionada para a atuação do licenciado e do bacharel deve ser ponto contemplado nas reformulações curriculares da área, pois se entende que ambos os profissionais desempenham papel importante nos processos de intervenção em saúde e devem se apropriar desta temática para o seu fazer profissional.

Assim sendo, não se esgotam aqui os esforços para a construção de uma formação de qualidade para os P/PEF no que tange à área da saúde e da SC de modo mais específico. Os currículos são fluidos, assim com a própria sociedade e suas demandas de saúde, o que exige um constante processo de reflexão e reconstrução do fazer formativo e das iniciativas de análise sobre tais questões.

Pensamos, então, que novas investigações sobre tal temática devam ser realizadas em momentos futuros, de modo a verificar se tais mudanças foram efetivadas, e qual a contribuição destas para a formação e a inserção dos P/PEF em intervenções voltadas para melhoria da qualidade de vida e saúde das mais diversas populações.

Apesar de o quadro atual se mostrar ainda incipiente e insuficiente para o trato de tais abordagens, vislumbramos, por fim, um cenário favorável. Tem-se a esperança de um porvir em que a SC seja uma área não apenas contemplada e abordada nos currículos dos cursos de graduação em EF ou enxergada como apenas mais um nicho mercadológico, mas que esta seja vivida e internalizada como princípio de atuação, dotando os discentes de noções quanto ao fazer integral e humanizado em saúde.

E, por fim, considerando a atual conjuntura política nacional, mais do que nunca, se faz necessária a união e reforço de um curso de graduação de qualidade, que propague a importância das Universidades como centros de formação profissional, pessoal e polos de construção/ divulgação científica, contribuindo de maneira direta e indireta para a melhora da qualidade de vida da população brasileira.

Deste modo, tem-se em mente, com a realização deste estudo, uma luta por melhorias de classe profissional, mas também, a ideia de um retorno para a sociedade, na medida em que fortalecemos os serviços e discussões da saúde ao inserirmos profissionais

competentes forjados nos ideais do SUS e da Saúde Coletiva nos mais diversos campos de atuação. Esses profissionais devem ser capazes de ver o ser humano como mais do que um corpo, o percebendo como um ser social, histórico, cultural e político, que precisa de condições básicas para viver dignamente e ter saúde.

Como bem ensina Paulo Freire, “seria uma atitude ingênua esperar que as classes dominantes desenvolvessem uma forma de educação que proporcionasse às classes dominadas perceberem as injustiças sociais de maneira crítica”. E é pensando nisso que mostramos resistência, almejando um futuro digno universal, integral e equânime, como os próprios princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

ALMA ATA. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

ALMEIDA, Luis Henrique Cruz et al. Qual a contribuição da pesquisa científica para a formação acadêmica no curso de Ciências Contábeis da FAESF?. **Revista Brasileira de assuntos interdisciplinares**, Pedreiras, v.2, n.2, p. 132-140, jul./dez. 2017.

ALMEIDA, Magda Moura de et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 119-126, 2012.

ALMEIDA, Marcio José de. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos Universitários da Área da Saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.

ALMEIDA, Mário de Souza. **Elaboração de projeto, TCC, dissertação e tese: uma abordagem simples, prática e objetiva**. São Paulo: Atlas, 2011.

AMARAL, Rogério do. As contribuições da pesquisa científica na formação acadêmica. **Identidade Científica**, Presidente Prudente, v. 1, n. 1, p. 64-74, jan./jun. 2010.

AMORIM, Anne Caroline Coelho Leal Árias; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 539-554, jul./set. 2014.

ANDERSON, Maria Inez P.; RODRIGUES, Ricardo Donato. O paradigma da complexidade e os conceitos da Medicina Integral: saúde, adoecimento e integralidade. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 242-252, jul./set. 2016.

ANDRADE FILHO, Nelson Figueiredo de. Formação profissional em Educação Física brasileira: Uma súmula da discussão dos anos de 1996 a 2000. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 23-37, mai. 2001.

ANJOS, Tatiana Coletto dos; DUARTE, Ana Cláudia Garcia de Oliveira. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.

ANTUNES, Alfredo Cesar. Mercado de trabalho e educação física: aspectos da preparação profissional. **Revista de Educação**, Londrina, v. 10, n. 10, p. 141-149, 2007.

BACKES, Dirce Stein et al. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia**, Série Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, 2014.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. Conceitos de Saúde e Doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 111-117, jan./mar. 2009.

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (orgs.). **A saúde em debate na educação física**, Blumenau: Edibes, 2003.

BARBOZA, Maria Thereza Vieira et al. A territorialização como uma ferramenta no planejamento de educação em saúde: um relato de experiência. **Revista Saúde-UNG-Ser**, Guarulhos, v. 10, n. 1, ESP, p. 121, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.

BARREIRA, Carlos et al. Percepções de docentes e estudantes de universidades portuguesas sobre ensino, aprendizagem e avaliação. *In*: FERNANDES, Domingos. et al (org.). **Avaliação, ensino e aprendizagens em Portugal e no Brasil: realidades e perspectivas**. Lisboa: Educa, 2014. p. 309-326. v. 1.

BATISTA, Alison Pereira et al. A produção do conhecimento sobre aprendizagem na educação física brasileira. **Conexões**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 79-98, jan./mar. 2015.

BATISTA, Cássia Beatriz. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jan./jun. 2013.

BETTI, Mauro. Educação física e cultura corporal de movimento: uma perspectiva fenomenológica e semiótica. **Journal of Physical Education**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 207-217, 2. sem. 2007.

BOMFIM, Maria Inês; GOULART, Valéria Morgana Penzin; OLIVEIRA, Lêda Zorayde de. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 749-758, 2014.

BOVO, Marcos Clair. Interdisciplinaridade e transversalidade como dimensões da ação pedagógica. **Revista Urutágua**, Maringá, v. 7, p. 1-12, ago./nov. 2004.

BRASIL, Comissão de Especialistas de Ensino em Educação Física. **Novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Educação Física**: justificativas – proposições – argumentações. Brasília: MEC/Sesu, 1999. Disponível em: <<https://caef.wordpress.com/atas-das-reunioes/diretrizes-curruculares/coesp-ef-comissao-de-especialistas-de-ensino-em-educacao-fisica/>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL, Congresso Nacional. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9394.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm)>. Acesso em: 27 nov. 2017.

BRASIL, Conselho Federal de Educação. **Resolução nº 03/CFE/1987**. Disponível em: <[http://crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol\\_cfe\\_3\\_1987.pdf](http://crefrs.org.br/legislacao/pdf/resol_cfe_3_1987.pdf)>. Acesso em 25. nov. 2017.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº 138/CNE/2002**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2002/pces138\\_02.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2002/pces138_02.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2017.

BRASIL, Conselho Nacional de Educação. **Parecer nº 776/CNE/1997**. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf\\_legislacao/superior/legisla\\_superior\\_parecer776\\_97.pdf](http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf_legislacao/superior/legisla_superior_parecer776_97.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2017. (1997b).

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.** Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_97.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm)>. Acesso em: 24 ago. 2017. (1997a).

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 350, de 09 de junho de 2005.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2005/Reso350.pdf>>. Acesso em 18 jan. 2018.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

BRASIL, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Diretrizes Curriculares: Propostas das Comissões do Exame Nacional de Cursos.** Brasília: INEP, 1998.

BRASIL, Ministério da Educação. **Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018.** Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category\\_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192)>. Acesso em: 29 ago. 2019. (2018a).

BRASIL, Ministério da Educação e do Desporto. **Editai nº 4, de 4 de dezembro de 1997.** Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/e04.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2017 (1997c).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm). Acesso em: 20 nov. 2017. (2013a).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2013b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?.** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. (2018b).

BRASIL, Portal da Legislação/Governo Federal. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 20 nov. 2017.

BRASILEIRO, Livia Tenorio et al. A cultura corporal como área de conhecimento da educação física. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 19, n. 4, p. 1003-1013, out./dez.2016.

BRUGNEROTTO, Fábio; SIMÕES, Regina. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 149-172, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 77-93, 2007.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 5-9, 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (org). Tratado de saúde coletiva. **São Paulo: Hucitec**, 2006. p. 531-562.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANDIDO, Luana de Oliveira; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador; OLIVEIRA, Rogério Cruz de. Inserção profissional dos egressos de um curso de educação física com ênfase na formação em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 305-318, jan./abr. 2018.

CARDOSO, Andréa Catelan et al. O estímulo à prática da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como uma estratégia para a educação interprofissional. **Revista da ABENO**, Londrina, v. 15, n. 2, p. 12-19, 2015.

CARPES, Adriana Dornelles et al. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde Saúde, Santa Maria, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

CARVALHO, Anderson dos santos; ABDALLA, Pedro Pugliesi; BUENO JÚNIOR, Carlos Roberto. Atuação do profissional de educação física no sistema único de saúde: revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-11, jul./set. 2017.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; CARVALHO, Yara Maria de. Outros... lugares e modos de “ocupação” da Educação Física na Saúde Coletiva/Saúde Pública. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 21, n. 4, p. 957-967, out./dez. 2018.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, Rio Grande do Sul, v. 22, n. 2, p. 647-658, abr./jun. 2016.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; RUIZ-MORENO, Lúcia. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.

CAVALCANTE, Leila Pacheco Ferreira; MELLO, Maria Aparecida. Avaliação da aprendizagem no ensino de graduação em saúde: concepções, intencionalidades, reflexões. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Sorocaba, v. 20, n. 2, p. 423-442, jul. 2015.

CHACON-MIKAHIL, Mara Patrícia Traina; MONTAGNER, Paulo Cesar; MADRUGA, Vera Aparecida. Educação Física: formação acadêmica e atuação profissional no campo da saúde. **Motriz**, Rio Claro, v. 15 n. 1 p. 192-198, jan./mar. 2009.

CHAGAS, Camila dos Santos; GARCIA, Jeferson Diogo de Andrade. Educação Física no Brasil: apontamentos sobre as tendências constituídas até a década de 80. **Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 15, n. 154, mar., 2011. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd154/educacao-fisica-no-brasil-tendencias-constituídas.htm>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

CHAGAS, Nilmara Serafim; SILVA, Lucas Vieira de Lima; PINHEIRO, Maria Rosângela Dias. O papel político-pedagógico do Professor de Educação Física nas tendências e movimentos renovadores. **Cadernos de Cultura e Ciência**, Cariri, v. 13, n. 2, p. 157-166, mar. 2015.

CHIESA, Anna Maria et al. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.12, n. 2, p. 236-240, abr./jun. 2007.

COÊLHO, Ildeu Moreira; GUIMARÃES, Ged. Educação, escola e formação. **Revista Interação**, Goiânia, v. 37, n. 2, p. 323-339, jul./dez. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução nº 206, de 07 de novembro de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/confef/resolucoes/274>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução nº 307, de 09 de Novembro de 2015**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.confef.org.br/confef/resolucoes/res-pdf/381.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2019.

CÓRDULA, Eduardo Beltrão de Lucena; NASCIMENTO, Glória Cristina Cornélio do. Prática docente nas instituições de ensino superior: da vaidade intelectual à produção do saber. **Educação Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, ed. 14, jul, 2018. Disponível em: <<http://educacaopublica.cederj.edu.br/revista/?p=42467>>. Acesso em: 27 maio. 19.

CORRÊA, Adriana Katia; CASATE, Juliana Cristina. A formação dos alunos de graduação da área de saúde para o cuidado humanizado: implicações para a atuação e formação dos professores. *In: Memórias Convención Internacional De Salud Pública, Cuba Salud 2012*, La Habana, dez., 2012. Disponível em: <<http://www.convencional2012.sld.cu/index.php/convencional2012/paper/view/1993/846>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

CORRÊA, Evandro Antonio et al. A constituição dos cursos de formação inicial em Educação Física no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 24, n. 1, p. 27-42, 2016.

COSTA, Larissa Chaves et al. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do Profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 107-113, abr. 2012.

CRUZ, Diego Pires et al. Importância da pesquisa científica no contexto multidisciplinar. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 2, p. 573-576, fev. 2018.

CRUZ, Marlon Messias Santana; SANTOS, Joice Tainá de Jesus. Princípios histórico-pedagógicos da Educação Física: Bases epistemológicas para o ensino e pesquisa. In: **III Congresso Nacional de Educação (CONEDU)**. Natal, 2016. Disponível em: <[https://editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO\\_EV056\\_MD1\\_SA1\\_ID\\_13102\\_19082016002120.pdf](https://editorarealize.com.br/revistas/conedu/trabalhos/TRABALHO_EV056_MD1_SA1_ID_13102_19082016002120.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2017.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-94, abr./jun. 2011.

DAVINI, Maria Cristina. Currículo integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor-área da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 281-289, 1994.

DEVIDE, Fabiano Pries. A Educação Física Escolar como via de educação para a Saúde. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (orgs.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 137-150.

DEVIDE, Fabiano Pries. Educação Física, Qualidade de Vida e Saúde: campos de intersecção e reflexões sobre a intervenção. **Movimento**, Rio Grande do Sul, v. 8, n. 2, p. 77-84, mai./ago. 2002.

DESLAURIERS, Jean-Pierre; KÉRISIT, Michèle. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

DIMES, Mariana; VERENGUER, Rita de Cassia Garcia. Universidade corporativa na Educação Física: análise de uma política de aprimoramento profissional. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 127-146, jan./jun. 2016.

DOMINGUES, Jéssica. **Análise de métodos de territorialização em saúde**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo Jose Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, abr./jun. 2013.

FALCI, Denise Mourão; BELISÁRIO, Soraya Almeida. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, out./dez. 2013.

FELÍCIO, Helena Maria dos santos; POSSANI, Lourdes de Fátima Paschoalletto. Desenvolvimento Curricular e Autonomia Docente: regulação e flexibilização do currículo no

contexto da escola pública. **Revista De Estudios E Investigación En Psicología Y Educación**, Espanha, v. Extr., n. 6, p. 135-139, 2017.

FERREIRA, Heraldo Simões; OLIVEIRA, Braulio Nogueira de; SAMPAIO, José Jackson Coelho. Análise da percepção dos professores de Educação Física acerca da interface entre a saúde e a educação física escolar: conceitos e metodologias. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Curitiba, v. 35, n. 3, p. 673-685, jul./set. 2013.

FERREIRA, Heraldo Simões; SAMPAIO, José Jackson Coelho. **O papel da saúde nas tendências e abordagens pedagógicas da educação física escolar**. (s/d.) Disponível em: <<http://congressos.cbce.org.br/index.php/conece/3conece/paper/viewFile/2446/964>>. Acesso em: 03 dez. 2017.

FERTONANI, Hosanna Pattrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FIORIN, Pauline Brendler Goettems et al. O ensino interdisciplinar na Área da Saúde: perspectivas para a formação e a atuação multiprofissional. **Revista Didática Sistemática**, Rio Grande, v. 16, n. 2, p. 30-43, 2014.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Sup. 2, p. 2115-2122, 2008.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLICKINGER, Hans-Georg. Herança e Futuro do Conceito de Formação (Bildung). **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 32, n. 114, p. 151-167, jan./mar. 2011.

FLORINDO, Alex Antonio; HALLAL, Pedro Curi. **Epidemiologia da atividade física**. São Paulo: Atheneu, 2011.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France**. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. 5.ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FREITAS, Sarah Felipe Santos e. **Educação física e SUS: indicadores da formação e atuação profissional**. 2018. Dissertação (Mestrado em Educação) – Unidade Acadêmica Especial de Educação, Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2018.

FURASTÉ, Pedro Augusto. **Normas técnicas para o trabalho científico: explicitação das Normas da ABNT**. 15.ed. Porto Alegre: s.n., 2011.

GARCIA, Maria Alice Amorim et al. Interdisciplinariedade e integralidade no ensino em saúde. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 6, p. 473-485, nov./dez. 2006.

GATTÁS, Maria Lúcia Borges; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. A interdisciplinaridade na educação. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 85-91, jan./abr. 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GÓIS JUNIOR, Edivaldo; LOVISOLO, Hugo Rodolfo. A Educação Física e concepções higienistas sobre raça: Uma reinterpretação histórica da Educação Física brasileira dos anos de 1930. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v. 5 n. 3, p. 322-328, set. 2005.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

GONÇALVES, Nadia Gaiofatto. Indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão: um princípio necessário. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 33, n. 3, p. 1229-1256, set./dez. 2015.

GONZALEZ, Rodrigo Valio Dominguez; MARTINS, Manoel Fernando. O Processo de Gestão do Conhecimento: uma pesquisa teórico-conceitual. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 248-265, 2017.

GUERIN, Cintia Soares et al. Promovendo educação em saúde no espaço não formal de aprendizagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 1, p. 5-12, jan./mar. 2017.

GURGEL, Polyanna Keitte Fernandes et al. Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos: O conhecimento dos alunos de Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 9, supl. 1, p. 368-75, jan., 2015.

GUTIERREZ, Gustavo Luis; ALMEIDA, Marco Antonio Bettine de; MARQUES, Renato Francisco Rodrigues. Apropriação das ciências humanas pela Educação Física: análise dos processos de classificação no Brasil entre os anos de 2007 e 2012. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 937-949, out./dez. 2016.

HÄFELE, Vítor; SIQUEIRA, Fernando Vinholes. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 21, n. 6, p. 581-592, 2016.

HUNGER, Dagmar Aparecida Cynthia França; ROSSI, Fernanda. Formação Acadêmica em Educação Física: perfis profissionais, objetivos e fluxos curriculares. **Motriz**, Rio Claro, v. 16 n. 1 p. 170-180, jan./mar. 2010.

HUNGER, Dagmar et al. Educação Física. *In*: 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. p. 87-139.

HYMES, Dell Hathaway. Acerca de la competencia comunicativa. **Textos de didáctica de la lengua y la literatura**, Espanha, n. 69, p. 61-68, 2015.

IGLÉSIAS, Alessandro Giraldez; BOLLELA, Valdes Roberto. Integração curricular: um desafio para os cursos de graduação da área da Saúde. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 265-272, 2015.

KUENZER, Acacia Zeneida. Conhecimento e competências no trabalho e na escola. **Boletim técnico do SENAC**, v. 28, n. 2, p. 2-11, mai./ago. 2002.

LIMA, Monica Silva de; OLIVEIRA, Mariana de Moraes Duarte. Multiprofissionalidade e Integralidade na Saúde: Tendências e Desafios. **Gep News**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 101-107, abr./jun. 2018.

- LOCH, Mathias. Abordando Saúde Coletiva no curso de bacharelado em Educação Física: Relato de experiência. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 21, n. 3, p. 285-290, 2016.
- LOCH, Mathias Roberto; FLORINDO, Alex Antonio. A Educação Física e as residências multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 1, p. 81-82, abr. 2012.
- MAIA, Danielle Bezerra et al. Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 103-110, 2013.
- MACHADO, Dagoberto de Oliveira. A Educação Física bate à porta: o Programa de Saúde da Família (PSF) e o acesso à Saúde Coletiva. *In*: FRAGA, Alex Branco; WACHS, Felipe. Org. **Educação Física e Saúde Coletiva—Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção**, Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.
- MACHADO, José Lúcio Martins; MACHADO, Valéria Menezes; VIEIRA, Joaquim Edson. Formação e seleção de docentes para currículos inovadores na graduação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 3, p. 326-333, 2011.
- MACIEL, Marcos Gonçalves; COUTO, Ana Cláudia Porfírio. Programas Governamentais de Atividade Física: uma proposta de política pública. **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte, v. 11, n. 22, p. 55-79, jul./dez. 2018.
- MAFFEI, Willer Soares; FERREIRA, Tomas Mateus Tito; BOTIGELLI, Sabrina Lais. Ensino, pesquisa e extensão: integração e possibilidades para a formação profissional. *In*: **8º Congresso de extensão universitária da UNESP**. Universidade Estadual Paulista (UNESP), p. 1-4, 2015.
- MAGALHÃES, Fernanda Gabriela Gandra Pimenta; FERREIRA, Marco Aurélio Marques. Desenvolvimento em Saúde nos Municípios Mineiros: análise dos fatores condicionantes. **Desenvolvimento em Questão**, Ijuí, v. 16, n. 45, p. 118-134, out./dez. 2018.
- MANCHINI, Andressa Rosa; PEDROTTI, Paulo Henrique Oliveira; KRUG, Marília de Rosso. Percepções de egressos do curso de Educação Física sobre a importância da pesquisa e da extensão na formação e ingresso na carreira profissional. **Biomotriz**, Cruz Alta, v. 12, n. 2, p.119-139, ago. 2018.
- MANSKE, George Saliba; OLIVEIRA, Daniel de. A formação do profissional de Educação Física e o Sistema Único de Saúde. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 29, n. 52, p. 191-210, set. 2017.
- MARCELLINO, Nelson Carvalho; BONFIM, Agostinho Murinelli. Lazer e saúde, nos currículos dos cursos de graduação em Educação Física. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 14, n. 4, p. 87-94, 2006.
- MARINHO, Julio Cesar Bresolin; SILVA, João Alberto da; FERREIRA, Maira. A Educação em Saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 22, n. 2, p. 429-443, abr./jun. 2015.

MARQUES, Adilson; ANDRÉ, Joana. Avaliação da atividade física: Métodos e implicações práticas. **Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física**, Portugal, n. 38, p. 67-75, jan./jul. 2014.

MEDEIROS, Rita de Cássia Ramos; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti. A prática docente reflexiva baseada no currículo integrado: uma questão de competências. **Revista Iberoamericana de Educación**, Madri, v. 54, n. 2, p. 1-9, nov. 2010.

MELLO, Elza Daniel de; LUFT, Vivian Cristine; MEYER, Flavia. Atendimento ambulatorial individualizado versus programa de educação em grupo: qual oferece mais mudança de hábitos alimentares e de atividade física em crianças obesas?. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 6, p. 468-474, 2004.

MENDES, Maria Isabel Brandão de Souza; NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Cultura de movimento: reflexões a partir da relação entre corpo, natureza e cultura. **Pensar a prática**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 1-10, mai./ago. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MIRA, Carlos Magallanes. Exercício Físico e Saúde: da crítica prudente. *In:* BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana (orgs.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003. p. 169-191.

MIRANDA, Made Júnior. Educação Física e saúde na escola. **Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, Goiânia, v. 33, n. 4, p. 643-653, jul./ago. 2006.

MIRANDA NETO, Manoel Vieira de; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-593, jul./ago. 2015.

MORAN, José Manuel. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 300-305, 2015.

NAHAS, Markus Vinicius; GARCIA, Leandro Martin Totaro. Um pouco de história, desenvolvimentos recentes e perspectivas para a pesquisa em atividade física e saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 135-148, jan./mar. 2010.

NASCIMENTO, Paulo Magalhães Monard; OLIVEIRA, Marcio Romeu Ribas de. Perspectivas e possibilidades para a renovação da formação profissional em educação física no campo da saúde. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 19, n. 1, p. 209-219, jan./mar. 2016.

NEIRA, Marcos Garcia; GRAMORELLI, Lilian Cristina. Embates em torno do conceito de cultura corporal: gênese e transformações. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 20, n. 2, p. 321-332, abr./jun. 2017.

NEVES, Ricardo Lira de Rezende; ASSUMPÇÃO, Luis Otávio Teles. Formação e intervenção profissional em saúde pública: percepções de profissionais de Educação Física. **Movimento**, Rio Grande do Sul, v. 23, n. 1, p. 201-212, 2017.

NEVES, Ricardo Lira de Rezende et al. Educação Física na saúde pública: Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 23, n. 2, p. 163-177, 2015.

NOBRE, Jardênia Pinheiro da Silva et al. A percepção dos trabalhadores de saúde sobre o acolhimento no contexto da atenção básica. **Revista Expressão Católica Saúde**, Quixadá, v.1, n.1, p. 13-23, jul./dez, 2016.

NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1913-1922, 2017.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.3, n.2, p.5-21, 1994.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. et al. (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Fiocruz, 2006, p. 19-39.

OLIVEIRA, Clarissa Tochetto de; SANTOS, Anelise Schaurich dos; DIAS, Ana Cristina Garcia. Percepções de estudantes universitários sobre a realização de atividades extracurriculares na graduação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 36, n. 4, p. 864-876, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, Cláudia et al. A estimulação da escuta e da compreensão empática na formação interprofissional em saúde. **JMPHC Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 3, p. 47-48, 2017.

OLIVEIRA, Everton Fêrrêr de et al. Formação acadêmica, Educação e Sociedade. **Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade**, Jaguarão, v. 2, Ed. Especial, p. 91-98, dez. 2016.

OLIVEIRA, Rogério Cruz; ANDRADE, Douglas Roque. Formação profissional em Educação Física para o setor da saúde e as diretrizes curriculares nacionais. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 19, n. 4, p. 721-733, out./dez. 2016.

OLIVEIRA, Rogério Cruz de. Educação física, saúde e formação profissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280302, p. 2-4, 2018.

OLIVEIRA, Victor José Machado de; GOMES, Ivan Marcelo; BRACHT, Valter. Educação para a saúde na educação física escolar: uma questão pedagógica!. **Cadernos de formação RBCE**, v. 5, n. 2, p. 68-79, set. 2014.

OLIVEIRA, Victor José Machado de; GOMES, Ivan Marcelo. O tema da saúde na formação inicial em Educação Física: Análise documental na Universidade Federal do Espírito Santo-Brasil. In: **12º Congresso Argentino de Educación Física y Ciencias**. Ensenada, Argentina. 2017.

OLIVEIRA, Victor José Machado de; MARTINS, Izabella Rodrigues; BRACHT, Valter. Projetos e práticas em educação para a saúde na educação física escolar: possibilidades!. **Journal of Physical Education**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 243-255, 2. trim. 2015b.

OLIVEIRA, Victor José Machado de; MARTINS, Izabella Rodrigues; BRACHT, Valter. Relações da Educação Física com o Programa Saúde na Escola: visões dos professores das escolas de Vitória/ES. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 18, n. 3, p. 544-556, jul./set. 2015a.

ONOFRE, Marcos. A Qualidade da Educação Física como Essência da Promoção de uma Cidadania Ativa e Saudável. **Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación**, Espanha, n. 31, p. 328-333, 1. sem. 2017.

ORFEI, Juliana Marin; TAVARES, Viviane Portela. Promoção da saúde na escola através das aulas de Educação Física. *In*: BOCCALETTO, Estela Marina Alves; MENDES, Roberto Teixeira (orgs.). **Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo/SP**. Campinas: IPES Editorial, 2009.

OSMO, Alan; SCHRAIBER, Lilia Blima. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

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

PAIM, Jairnilson Silva et al. O QUE É SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>. Acesso em: 26 abr. 2019.

PAIVA, Fernanda Simone Lopes de; ANDRADE FILHO, Nelson Figueiredo; FIGUEIREDO, Zenólia Cristina Campos. Formação inicial e currículo no CEFD/UFES. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 9, n. 2, p. 213-230, jul./dez. 2006.

PALACIO, Diogo Queiroz Allen et al. O campo da saúde coletiva na formação dos profissionais de educação física: uma revisão. **Revista Internacional de Formação de Professores**, Itapetininga, v. 3, n. 2, p. 303-314, abr./jun. 2018.

PALMA, Alexandre. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.14, n.1, p. 97-106, jan./jun. 2000.

PASQUIM, Heitor Martins. A Saúde Coletiva nos Cursos de Graduação em Educação Física. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 35, n.1, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PELOZO, Rita de Cássia Borguetti. Prática de Ensino e o Estágio Supervisionado enquanto mediação entre ensino, pesquisa e extensão. **Revista Eletrônica de Pedagogia**, São Paulo, a. V, n. 10, jul. 2007.

PEREIRA, Simone Almeida et al. O "ser" Professor Universitário: Relatos de docentes que atuam em cursos da área da saúde. **Seminário de Iniciação Científica do Univag**, Várzea Grande, n. 6, 2018.

PIRES, Álvaro P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais. *In:* POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2014a.

PIRES, Álvaro P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. *In:* POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2014b.

POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Tradução de Ana Cristina Nasser. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

RAMOS, Mariana Martins; BONVICINI, Constance Rezende. Estudo das Competências: profissionais da saúde. **Psicologia e Saúde em debate**, Patos de Minas, v. 2, n. Ed. Esp. 1, p. 28-40, out. 2016.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo Integrado. **Minicurso Práticas de Integração Curricular e Interdisciplinaridade na Educação Profissional**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/curint.html>>. Acesso em: 01 mai. 2019.

RASERA, Emerson Fernando; ROCHA, Rita Martins Godoy. Sentidos sobre a prática grupal no contexto de saúde pública. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 35-44, mar. 2010.

REI, Bruno Duarte; LÜDORF, Sílvia Maria Agatti. Educação Física escolar e ditadura militar no Brasil (1964-1985): Balanço histórico e novas perspectivas. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 23, n. 3, p. 483-497, 3. trim. 2012.

REIS, Ana Cristina et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 330-344, mar. 2017.

REZENDE, Maria Cristina Rosifini Alves et al. Acolhimento e bem estar no atendimento odontológico humanizado: o papel da empatia. **Archives of Health Investigation**, São Paulo, v. 4, n. 3, 2015.

RIBEIRO, Evelyn Helena Corgosinho et al. Avaliação da efetividade de intervenções de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 56, p. 1-12, 2017.

ROLDÁN, Eduardo. La competencia comunicativa y la expresión oral. **Revista Documentos Lingüísticos y Literarios UACH**, Valdivia, n. 26-27, p. 31-32, 2003.

ROMÃO, Elisabeth Belém et al. A constituição do campo de conhecimento da Educação Física na perspectiva dos acadêmicos do 2º ao 8º período do curso de Educação Física da PUC Goiás. *In:* **Anais do XIX Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e VI Congresso Internacional de Ciências do Esporte**, Vitória, p. 1-3, 2015.

RUSSO, Jane Araujo; CARRARA, Sergio Luis. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva com especial referência à Antropologia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 467-484, 2015.

SANTANA, Ana Paula Silva Andrade et al. A importância do conhecimento teórico-científico aliada a uma vivência da prática médica através de uma liga acadêmica: relato de experiência. *In: Anais do IV Outubro Acadêmico - UNINTA*. Sobral, UNINTA, 2017. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/4outubroacademico/65424-a-importancia-do-conhecimento-teorico-cientifico-aliada-a-uma-vivencia-da-pratica-medica-atraves-de-uma-liga-acade/>>. Acesso em: 01/04/2019.

SANTANA, Dayane Pereira de; COSTA, Célia Regina Bernardes. Educação Física escolar na promoção da Saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 171-185, nov. 2016.

SANTIAGO, Maria Luci Esteves et al. Formação dos profissionais de saúde: Um olhar sobre as normativas no curso de Educação Física da Universidade Federal do Piauí. *In: PEDROSA, José Ivo dos Santos et al (org.). Ensino na saúde: Narrativas, experiências e invenções de caminhos*. Teresina: Livraria Nova Aliança Editora, 2015, p. 185-201.

SANTOS, Aleksandra Pereira dos. Conhecimentos, habilidades e atitudes: o conceito de competências no trabalho e seu uso no setor público. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 369-386, out./dez. 2011.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica: a construção do conhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

SANTOS, Carla Elane Silva dos et al. Estágio de vivência no Sistema Único de Saúde: Contribuições na formação em Educação Física. **Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 17-23, out. 2017.

SANTOS, Lorena Camarço Valadares et al. Notas sobre o exercício do profissional de Educação Física vinculado ao Programa de Saúde da Família. **Anais da Jornada de Educação Física do Estado de Goiás**, Goiás, v. 1, n. 2, 2018.

SANTOS, Marilucia Vieira dos et al. Extensão universitária como campo de mudanças na formação em Saúde. **Revista Ciência em Extensão**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 8-19, 2017.

SANTOS, Sarah Yasminni dos; OLIVEIRA, Alexandre Guilherme Lenzi de; COSTA, Alexandre Marino. O estágio na formação profissional. *In: XVII Colóquio Internacional de Gestão Universitária*. Argentina, Universidad Nacional de Mar del Plata, nov. 2017.

Disponível em:

<[https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/181144/101\\_00149.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/181144/101_00149.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 29 abr. 2019.

SANTOS, Sueyla; BENEDETTI, Tânia R. Bertoldo. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 188-194, jun. 2012.

SANTOSA, Ailiana; BYASS, Peter. Diverse Empirical Evidence on Epidemiological Transition in Low- and Middle-Income Countries: Population-Based Findings from INDEPTH Network Data. **Plos One**, v. 11, n. 5, p. 1-15, mai. 2016.

SAVIETO, Roberta Maria; LEÃO, Eliseth Ribeiro. Assistência em Enfermagem e Jean Watson: Uma reflexão sobre a empatia. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 198-202, jan./mar. 2016.

SILVA, Adriana Lúcia Leal da; LIRA, Rosenir de Souza; MASCARENHAS, Suely Aparecida do Nascimento. A Educação Física enquanto disciplina escolar e sua relação com a ciência. **Revista Ensino de Ciências e Humanidades-RECH**, Humaitá, v. 1, n. 1, p. 57-69, jul./dez. 2017.

SILVA, Alan Camargo. Educação Física higienista: discursos historiográficos. **Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 17, n. 171, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd171/educacao-fisica-higienista-discursos.htm>>. Acesso em: 03 dez. 2017. 2012a.

SILVA, Alan Camargo. Reflexões historiográficas sobre a Educação Física militarista. **Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 17, n. 172, set. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd172/reflexoes-sobre-a-educacao-fisica-militarista.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2017. 2012b.

SILVA, Antonio Fernando Lyra da; RIBEIRO, Carlos Dimas Martins; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. Pensando extensão universitária como campo de formação em saúde: uma experiência na Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 371-384, abr./jun. 2013.

SILVA, Bernardo dos Santos; MENEZES, Débora Cristina Guimarães; DIAS, Orlene Veloso. Receptividade e empatia: percepção dos usuários da estratégia de saúde da família do município de Montes Claros/MG. **Gerais: Revista de Saúde Pública do SUS/MG**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 69-81, 2014.

SILVA, Edna Lúcia da; CUNHA, Miriam Vieira da. A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 77-82, set./dez. 2002.

SILVA, Francisco Martins da (Org.). **Recomendações sobre condutas e procedimentos do profissional de educação física na atenção básica à saúde**. Rio de Janeiro: CONFEF, 2013.

SILVA, Inácio C M da et al. Pesquisa em atividade física e saúde no Brasil: dimensão atual dos investimentos em projetos e bolsas de produtividade do CNPq. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 3, p. 325-325, mai. 2014.

SILVA, Meirele Rodrigues Inácio da et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 475-486, 2019.

SILVA, Sheila Aparecida Pereira dos Santos. Formação profissional em educação física e esporte no Brasil: propostas de mudança. **Lecturas: Educación física y deportes, Revista Digital**, Buenos Aires, v.8 n. 58, mar. 2003. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd58/mudanca.htm>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

SILVA, Vinício Oliveira da; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, n. 46, p.549-60, jul./set. 2013.

SILVEIRA, Sérgio Roberto; TANI, Go. Educação Física como área de conhecimento na Escola de Educação Física e Esporte da USP: um estudo da sua trajetória e constituição a

partir do seu periódico institucional. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 35-44, jan./mar. 2008.

SOARES, Sandra Regina; CUNHA, Maria Isabel. Qualidade do ensino de graduação: concepções de docentes pesquisadores. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Sorocaba, v. 22, n. 2, p. 316-331, jul. 2017.

SOUSA, Alana Tamar Oliveira de et al. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 713-722, jul./ago. 2015.

SOUSA, José Luís da Costa. A Educação Física e a Educação para a saúde. **Boletim Sociedade Portuguesa de Educação Física**, Portugal, n. 13, p. 47-50, 1996.

SOUSA, Péricles Delano. A contribuição da Educação Física para o modelo de saúde da Residência Multiprofissional. **Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 19, n. 201, fev. 2015. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd201/modelo-de-saude-da-residencia-multiprofissional.htm>. Acesso em: 25 ago. 2017.

SOUZA, Aurelio dos Santos; VARELA, Jane Terezinha de Souza; BRANCO, Rodrigo. Currículo por competência: Educadores e o desafio da reinvenção de práticas educativas libertadoras?. **Revista GepesVida**, São José, v. 1, n. 1, p. 1-9, 2015.

SOUZA, Cacilda da Silva; IGLESIAS, Alessandro Giralde; PAZIN-FILHO Antonio. Estratégias inovadoras para métodos de ensino tradicionais: aspectos gerais. **Revista Medicina**, Ribeirão Preto, v. 47, n. 3, p. 284-92, 2014.

SOUZA, Zilmar Rodrigues de; BIELLA, Jaime. Currículo Baseado em Competências. Natal: SESI, 2010. **Projeto SESI - Curso Currículo Contextualizado**. Disponível em: [http://lagarto.ufs.br/uploads/content\\_attach/path/11338/curriculo\\_baseado\\_em\\_competencias\\_0.pdf](http://lagarto.ufs.br/uploads/content_attach/path/11338/curriculo_baseado_em_competencias_0.pdf). Acesso em: 23 mar. 19.

STANGA, Adriani Cristiani; REZER, Ricardo. Concepções de saúde, trabalho docente e o Pró-Saúde: nos caminhos da hermenêutica.... **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 593-614, 2015.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, 2016.

TREVISIO, Patrícia; COSTA, Bartira Ercília Pinheiro da. Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. **Texto & Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2017.

TRINDADE, Vinicius et al. Educação e saúde na escola: Inserção do Programa FIFA 11 Pela Saúde. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, Uruguai, v. 9, n. 2, nov. 2017.

VASCONCELOS, Samara Sousa; GOVEIA, Guilherme Pertinni de Moraes. Saúde coletiva e desafios para a formação superior em saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 2, p.498-503, abr./jun., 2011.

**APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Entrevista \_\_\_\_ - Dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018 – Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Olá, professor(a). Como já explicado, nossa pesquisa trata da formação em Educação Física para a Saúde Coletiva. Assim sendo, eu gostaria que você pudesse falar sobre:

1. O que você entende por Saúde Coletiva?
2. A partir de sua experiência, como você percebe que a Educação Física pode contribuir na Saúde Coletiva?
3. Quais competências você elege como importantes para que um profissional de EF atue de modo qualificado na Saúde Coletiva?
4. No que diz respeito à formação da Educação Física para a Saúde Coletiva, quais conteúdos e intervenções você julga oportunos de serem ofertados/trabalhados durante a graduação?
5. Em sua prática docente, o que você faz para aproximar os discentes dos conteúdos da saúde e da Saúde Coletiva?
6. Como você avalia a formação para a Saúde Coletiva ofertada pelo curso de EF do qual faz parte?
7. Como você percebe a formação em saúde destinada ao licenciado e ao bacharel, em específico?
8. Em sua opinião, há algo que precise ser modificado no curso de modo a promover uma maior aproximação entre as áreas da Educação Física e da Saúde Coletiva?
9. Enquanto docente, você se sente apto a trabalhar com a temática da Saúde Coletiva na graduação caso surgisse uma necessidade para isso?

Professor(a) eram estes os questionamentos que eu tinha para o(a) senhor(a). Agradeço pela sua colaboração e espero a partir destas informações poder contribuir para a melhora da nossa área.

Fim da Entrevista: \_\_\_\_ - \_\_\_\_:\_\_\_\_ min.

OBS:

---

---

---

---

---

---

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (TESTE PILOTO)

Entrevista \_\_\_\_ - dia \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ - hora: \_\_ : \_\_

Olá, professor(a). Eu vou começar lendo um texto introdutório e logo em seguida irei começar com as perguntas, certo?

*De acordo com a Resolução nº 218/CNS/1997, a Educação Física é uma das profissões integrante da área da saúde, podendo, através de suas práticas, intervir nos estados de saúde-doença de indivíduos e populações. Segundo recomendações colocadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, os cursos de graduação devem contribuir para a construção de um profissional da saúde em consonância com os princípios do Sistema de Saúde vigente e com as necessidades e realidades de saúde das populações. Diante destas colocações, gostaria que pudesse me falar:*

1. O que você entende por Saúde Coletiva?
2. A partir de sua experiência, como você percebe que a Educação Física pode contribuir na Saúde Coletiva?
3. Quais competências (a competência é um saber-fazer) você elege como importantes para que um profissional de EF atue de modo qualificado na Saúde Coletiva?
4. No que diz respeito à formação da Educação Física para a Saúde Coletiva, quais conteúdos e intervenções você julga oportunos de serem ofertados/trabalhados durante a graduação?
5. Em sua prática docente, o que você faz para aproximar os discentes dos conteúdos da saúde e da Saúde Coletiva?
6. Como você avalia a formação para a Saúde Coletiva ofertada pelo curso de EF do qual faz parte?
7. Em sua opinião, há algo que precise ser modificado no curso de modo a promover uma maior aproximação entre as áreas da Educação Física e da Saúde Coletiva?

Professor(a) eram estes os questionamentos que eu tinha para o(a) senhor(a). Agradeço pela sua colaboração e espero a partir destas informações poder contribuir para a melhora da nossa área.

Fim da Entrevista \_\_\_\_ - \_\_\_\_ : \_\_\_\_ min

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO
<b>Título do Projeto:</b> Saúde Coletiva nas graduações em Educação Física: O cenário das Universidades de Fortaleza-CE sob a ótica docente.
<b>Pesquisador(a) Responsável:</b> Andréia Fontenele Sampaio
<b>Instituição do(a) Pesquisador(a) Responsável:</b> Universidade Federal do Ceará (UFC)
<b>Telefone/e-mail para contato:</b> (85) 997935420 / <a href="mailto:andreia-f.sampaio@alu.ufc.br">andreia-f.sampaio@alu.ufc.br</a>
<b>CEP/CONEP:</b> 88912618.4.0000.5054

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “Saúde Coletiva nas graduações em Educação Física: O cenário das Universidades de Fortaleza-CE sob a ótica docente”, de responsabilidade do (a) pesquisador (a) Andréia Fontenele Sampaio.

- Esta pesquisa tem o intuito de responder questões sobre o processo formativo do Profissional de Educação Física durante a graduação, tendo como objetivo, verificar a atenção dada aos temas pertinentes à área da Saúde e da Saúde Coletiva propriamente dita.
- Espera-se que com as informações concedidas possa-se chegar a uma conclusão sobre o assunto gerador da pesquisa, e através desta, identificar possibilidades de mudanças que tragam melhorias para a área da Educação Física.
- Solicito sua participação no estudo para conceder uma entrevista contendo perguntas sobre a temática investigada.
- A entrevista será registrada com instrumento gravador de voz digital, sendo a utilização deste acordado previamente com o (a) senhor (a). A entrevista poderá ter duração de 10 a 30 minutos.
- A entrevista será realizada individualmente e em ambiente fechado cedido pela Universidade (ou demais locais que o (a) senhor (a) solicite).
- A participação na entrevista não implicará em nenhum risco físico ou uso indevido de sua imagem. O estudo apresentará riscos no que diz respeito a possíveis constrangimentos que o (a) senhor (a) venha a ter diante de alguma pergunta contida no roteiro adotado. Caso isso aconteça, o (a) senhor (a) poderá retirar seu consentimento e deixar a pesquisa sem ônus para si.

- Caso surja algum tipo de dúvida com relação às questões apresentadas ou qualquer outro aspecto da entrevista, o (a) senhor (a) poderá esclarecer esta dúvida com o pesquisador responsável que estará presente no ambiente para explicar estes pontos.
- A sua participação no estudo é de natureza voluntária, não havendo nenhum tipo de ressarcimento financeiro ou de outra natureza.
- O (a) senhor (a) poderá retirar seu consentimento a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa caso julgue necessário, esta retirada não acarretará em prejuízos para si.
- Ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o (a) senhor (a) concede ao pesquisador o direito de usar suas respostas na avaliação final e garante para si a proteção e sigilo da sua identidade e dados pessoais, sendo seu nome substituído por codinome (ex: Entrevista 1) quando se fizer necessário.
- O (a) senhor (a) receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo os dados do pesquisador responsável e informações sobre a pesquisa, conforme orientação contida no item IV. 3 da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Consentimento Pós-Esclarecimento**

<b>Nome do voluntário:</b>		
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<b>R.G.:</b>
<b>Telefone:</b> (    )		<b>E-mail:</b>

Tendo sido informado(a) à respeito da pesquisa sobre a formação em Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física, e depois de compreendido suas etapas, bem como objetivos, esclarecidas minhas dúvidas, e estando ciente de meus direitos, DOU O MEU CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR, SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Voluntário(a) da pesquisa	Pesquisador(a) Responsável
---------------------------	----------------------------

(1ª via pesquisador; 2ª via participante)

## ANEXO A – ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO DE UMA ANÁLISE

