

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

Flávio Renato Barros da Guarda

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE**

**RECIFE
2014**

FLÁVIO RENATO BARROS DA GUARDA

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Tese apresentada ao Curso de
Doutorado em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz,
para obtenção do grau de Doutor em
Ciências

Orientadores:

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior

Prof. Dr. Pedro Miguel dos Santos Neto

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G914a Guarda, Flávio Renato Barros da.
Análise dos processos de trabalho dos profissionais de educação física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife / Flávio Renato Barros da Guarda. - Recife: [s.n.], 2014.
152 p. : ilus., 30 cm.

Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior, Pedro Miguel dos Santos Neto.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atividade Física. 3. Pessoal de Saúde. 4. Recursos Humanos em Saúde. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. II. Santos Neto, Miguel dos. III. Título.

CDU 614.39

FLÁVIO RENATO BARROS DA GUARDA

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE
EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NA
REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Tese apresentada ao Curso de Doutorado
em Saúde Pública do Centro de Pesquisas
Aggeu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz,
para obtenção do grau de Doutor em
Ciências.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Paulo Roberto de Santana
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Alexsandro dos Santos Machado
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. José Luiz A. C. Araújo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Recife
2014

Aos meus pais: Humberto da Guarda e Marileyde Barros, por terem me concebido e educado para que eu sempre lutasse pelos meus ideais nunca desistisse dos meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que me abençoa com minha vida e com a vida daqueles que me acompanham na totalidade ou em partes da minha jornada; que me protege com anjos e a luz do Espírito Santo, afastando o mal, me mostrando caminhos para desviar das pedras e fortalecendo meus ombros para carregar a minha cruz.

À minha Esposa: Rafaela Niels por comandar e conduzir o nosso lar, tão cheio de amor, paz e companheirismo; pela paciência, confiança, compreensão com minhas ausências, pelas ausências estratégicas para que eu pudesse ter mais tempo para trabalhar; pelo incentivo e incontestável apoio para que eu realizasse esse sonho. Ao meu filho João Pedro, pela compreensão nos momentos em que não pude compartilhar sua inocência e sua fantasia, as quais me ajudaram a enxergar que a vida não é feita apenas de deveres. À minha filha Amanda Barros, por não me deixar esquecer o amor se manifesta na presença, na companhia e em pequenos gestos de consideração.

Aos meus grandes mentores: Angelito Moreira e Anderson da Cruz, cujos atos e palavras sempre me ensinam e conduzem para minhas realizações pessoais e profissionais. Obrigado pela confiança.

Agradeço ao professor Mauro Virgílio Gomes de Barros por ter efetivamente me inserido no campo da pesquisa, oportunizando que eu pudesse vivenciar o ambiente acadêmico e espelhar-me no seu exemplo de simplicidade, competência e amor pelo que faz. Obrigado por cada oportunidade e cada porta que me abriu.

Aos Doutores José Luiz Araújo Júnior e Pedro Miguel, pela forma acolhedora, tranquila e sempre muito polida de dirimir quaisquer dúvidas e mostrar caminhos para a solução de problemas, sempre respeitando e incentivando minha autonomia. Ao corpo técnico do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, onde passei os últimos oito anos em constante aprendizado, e sempre acolhido com um sorriso no rosto e atendido em todas as minhas necessidades. Obrigado aos amigos da Secretaria Acadêmica (em especial: Franklin Semente, Viviane e Rivaldete) e aos grandes parceiros do NESC (Nalvinha, Alessandro e Adriana). À Márcia Saturnino, pelo cuidado especial com meus esquecimentos e refinada educação com que sempre me atendeu na biblioteca. À Dr Kátia Medeiros, que generosamente se diz “minha

madrinha”, mas que na verdade é uma grande amiga, conselheira e incentivadora. Obrigado por me inspirar com seu belo exemplo de vida pessoal e profissional!

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu concluísse esta tese.

GUARDA, Flávio Renato Barros. **Análise dos processos de trabalho dos profissionais de educação física que atuam no programa academia da saúde na Região Metropolitana do Recife.** 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

RESUMO

O Programa Academia da Saúde foi instituído a partir de 2011, com o objetivo de promover saúde através da criação de espaços públicos com infraestrutura e profissionais qualificados. A Região Metropolitana do Recife concentra 45,16 % dos polos do Programa em funcionamento no estado de Pernambuco, com cerca de 110 profissionais de educação física atuando em cinco municípios. O objetivo desta tese é analisar os processos de trabalho desenvolvidos por Profissionais de Educação Física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde nessa Região. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório-descritivo com abordagens qualitativa e quantitativa, realizada a partir de triangulação de métodos (pesquisa documental, questionários e entrevistas semiestruturadas). Os resultados são apresentados sob a forma de uma coletânea de artigos. Observou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, maior de trinta anos e graduado há mais de cinco anos. Esses descrevem a promoção da saúde como objetivo da sua intervenção e seu processo de trabalho caracteriza-se pela precariedade do material utilizado para a realização das tarefas nos polos, ausência de protocolos para direcionamento e acompanhamento das atividades e pouca participação da coordenação do programa no planejamento, execução e avaliação das ações. Evidencia-se a necessidade de adequar a formação inicial e em serviço às demandas da atuação desses profissionais no Sistema Único de Saúde, além de se estabelecer instrumentos que assegurem a articulação das atividades do programa às demais ações e serviços, tanto à atenção básica, quanto aos demais setores da sociedade envolvidos na promoção da saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atividade Física; Pessoal de Saúde; Recursos Humanos em Saúde.

GUARDA, Flávio Renato Barros. **Analysis of the work process of physical education professionals in Academia da Saúde Program. 2014.** Thesys (PhD in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

ABSTRACT

Academia da Cidade is a health promotion Program instituted by Brazilian Health Ministry in 2011. Its aim is create publics spaces with personnel and infrastructure to health promotion. Metropolitan Region of Recife (Pernambuco State - Brazil) accounts 45.16% of the poles of the program in operation in the state of Pernambuco, for about 110 physical education professionals performing in five cities. The aim of this thesis is to analyze the physical education professionals work process in this region. To this end, we performed a descriptive exploratory study with qualitative and quantitative approaches, held from triangulation methods (desk research, questionnaires and semi-structured interviews). The results are presented in a collection of articles. Majority of professionals is female, up of 30 years and graduated for more than five years. They pointed health promotion as the objective of your intervention and their work process is characterized by poor quality of material used in fitness sections, lack of protocols for directing and monitoring activities, and limited coordination participation in program planning, implementation and evaluation of actions. Highlights the need to adapt the initial and in-service training to the demands of these professionals and the Health System, establishing instruments to ensure the coordination of program activities to other programs and services, both to primary care, as to other sectors of society involved in promoting health.

Key Words: Unified Health System; Physical Activity; Health Personnel; Health Manpower

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IES	Instituições de Ensino Superior
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PEF	Profissional de Educação Física
PAS	Programa Academia da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivos Gerais	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Histórico da formação e intervenção de Profissionais de Educação Física no Brasil	19
3.2 Criação e contextualização do Programa Academia da Saúde	23
3.3 Formação, perfil e competências como ferramentas para a intervenção profissional	27
3.4 Processo de trabalho: dimensão teórica e particularidades no setor saúde	35
4 MÉTODO	40
5 ARTIGOS	43
5.1 Artigo 1 - Incorporação e contribuições dos Profissionais de Educação Física ao Sistema Único de Saúde do Brasil	46
5.2 Artigo 2 - Intervenção do Profissional de Educação Física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde	61
5.3 Artigo 3 - Objetivo, objeto e produtos do trabalho dos Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde	88
5.4 Artigo 4 - Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho	105
6 CONCLUSÕES	125
REFERÊNCIAS	129

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista com os profissionais de educação física do programa academia da saúde na região Metropolitana do Recife.	140
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	144
ANEXO A – Carta de Anuência do Município de Recife	146
ANEXO B – Carta de Anuência do Cabo de Santo Agostinho	147
ANEXO C – Carta de Anuência do Município de Olinda	148
ANEXO D – Carta de Anuência Jaboatão dos Guararapes	149
ANEXO E – Parecer consubstanciado do comitê de ética na pesquisa da Fiocruz Pernambuco	150

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) serviu de suporte político-institucional para a criação de mecanismos de apoio financeiro a programas de incentivo à prática de atividades físicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que estados e municípios pudessem implantar e implementar programas e projetos de promoção da saúde com foco no incentivo à prática de atividades físicas (MALTA et al., 2008).

Desde 2006 o Ministério da Saúde brasileiro tem investido mais de 125 milhões de Reais em diversos eixos prioritários da PNPS, o que possibilitou uma franca expansão dos programas de promoção da saúde e da atividade física (MALTA et al., 2008).

Em 2011, visando contribuir para a promoção da saúde através da implantação de polos com infraestrutura material e pessoal qualificado para a orientação de modos de vida saudáveis, práticas corporais, atividades físicas e de lazer, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011a, 2011b, 2011c), a ser implantado pelas Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos municípios, com suporte técnico das esferas estadual e federal do SUS.

O Programa financia a construção de polos caracterizados como espaços públicos voltados à promoção da saúde e de atividades físicas, e credita aos municípios e ao Distrito Federal desenvolver as ações sob coordenação da Equipe da Atenção Primária em Saúde (APS), em articulação toda a rede de serviços de saúde e outros equipamentos sociais, sob a normatização das políticas nacionais de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e da Atenção Básica (BRASIL, 2011d).

Entre seus objetivos específicos, o Programa propõe o aumento dos níveis de atividade física da população (BRASIL, 2013), o que pode ser potencializado a partir da contribuição e incorporação do Profissional de Educação Física (PEF).

De acordo com as Diretrizes Curriculares de Graduação estabelecidas pelo Ministério da Educação Brasileiro (BRASIL, 2004), o graduado em Educação Física está habilitado a planejar, executar e avaliar programas de atividade física com fins pedagógicos, esportivos, recreativos e direcionados à saúde, o que reveste esses trabalhadores de grande responsabilidade nas intervenções públicas de incentivo à adoção de estilos de vida ativos.

Por outro lado, divergências quanto ao objetivo da formação e transformações ocorridas ao longo das últimas três décadas, tanto nos conteúdos curriculares, quanto nas diretrizes de graduação culminaram com a divisão da formação em duas áreas distintas (licenciatura e bacharelado), as quais limitam a atuação do Profissional de Educação Física ao ambiente escolar se esse tiver graduação em licenciatura e estabelecem que as intervenções no âmbito do esporte de alto rendimento, do lazer e da saúde devam ser desempenhadas exclusivamente por bacharéis em Educação Física (BRASIL, 1987).

Esse novo panorama de formação se inicia no final da dos anos de 1980, e começa a ser efetivado de forma lenta e gradual ao longo das últimas duas décadas (GUARDA, 2011; SILVA; MARIZ, 2011). Dessa forma, como as inovações da academia normalmente demandam algum tempo até gerar reflexos nos serviços, é possível que nem a formação, nem a intervenção profissional tenham ainda se adequado à realidade do mercado e às demandas do setor sanitário, uma vez que a incorporação do PEF às estratégias de promoção da saúde do SUS é bastante recente, sendo institucionalizada a partir da criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008) e do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011a).

Embora a possibilidade de intervenção no sistema público esteja respaldada por políticas e programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde, algumas evidências sugerem que profissionais de educação física demonstram dificuldades em identificar a importância de seu trabalho quando o foco é a promoção da saúde, e têm pouca clareza sobre as especificidades de sua profissão, o que se reflete em dificuldades de se estabelecer ou avaliar os objetivos de sua intervenção (ANJOS; DUARTE, 2009; FREIRE; VERENGUER; REIS, 2002).

Em estudo realizado com Instituições de Ensino Superior do Estado de São Paulo, Anjos e Duarte (2009) analisaram os currículos de graduação em Educação Física de modo a identificar o objeto dos cursos, disciplinas relacionadas à saúde, bem como a existência de disciplinas de Saúde Coletiva e Saúde Pública, além de investigar a existência de disciplinas de estágio nos serviços públicos de saúde. Como resultados, descrevem que nenhuma das instituições direciona a formação do bacharel às demandas e realidade dos serviços públicos de saúde, porém, mesmo assim, os cursos de bacharelado ainda preparam melhor os egressos para atuar no

SUS que os de licenciatura, por possuírem maior número de disciplinas relacionadas ao tema saúde em suas grades curriculares.

Eventuais desencontros entre a formação acadêmica e a realidade e demanda dos serviços públicos de saúde podem interferir sobre a intervenção profissional. O novo modelo assistencial brasileiro propõe a integralidade do cuidado como princípio orientador das políticas de saúde, o que demanda a elaboração e execução de processos de trabalho interdisciplinares, a serem desenvolvidos por equipes multiprofissionais (MATTOS, 2003; MERHY, 2003; SANTOS, 2010). Esses processos de trabalho configuram-se como o conjunto de meios e saberes para se organizar a produção de um serviço (MENDES-GONÇALVES, 1994), e, no âmbito da saúde, enfatizam a mobilização de atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes direcionados à promoção do cuidado (MISHIMA et al. 2009).

Dessa forma, em face da criação e da importância de um programa nacional de promoção da saúde e da atividade física, e da grande quantidade de polos e de profissionais atuando nesse programa na Região Metropolitana do Recife, torna-se importante realizar investigações que lancem novos olhares sobre a intervenção do PEF junto a essas estratégias, visando a qualificação do trabalho desses profissionais.

Portanto, considerando que o Programa Academia da Saúde conta com mais de 90 polos em funcionamento no Estado, sendo 31% desses situados na Região Metropolitana do Recife (PERNAMBUCO, 2013), e que a análise dos processos de trabalho dos PEF pode configurar-se como importante ferramenta de avaliação e monitoramento desse Programa, este projeto de pesquisa será conduzido na perspectiva de buscar respostas ao seguinte questionamento: *“como se organizam e executam os processos de trabalho dos Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife”?*

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os processos de trabalho desenvolvidos por Profissionais de Educação Física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

2.2 Específicos

- a) Descrever potenciais contribuições dos profissionais de educação física ao Sistema de Único de Saúde, com base em aspectos políticos e legais que fundamentaram sua incorporação ao SUS nos últimos 20 anos;
- b) Discutir aspectos relativos à formação, perfil e competências para a intervenção dos profissionais de Educação Física no âmbito do Sistema Único de Saúde, e as possíveis aplicações para a atuação no Programa Academia da Saúde;
- c) Conhecer a percepção dos profissionais de Educação Física da Região Metropolitana do Recife sobre o objetivo, o objeto de sua intervenção profissional e os produtos do seu trabalho no Programa Academia da Saúde;
- d) Conhecer as características das equipes que atuam nos polos do programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho.

REFERENCIAL TEÓRICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da formação e intervenção de Profissionais de Educação Física no Brasil

No Brasil, observa-se que a trajetória da educação física sempre acompanhou as tendências políticas, econômicas e sociais, sofrendo interferência direta de cada um destes contextos (ROCHA JÚNIOR, 2005). Os reflexos desses indicadores influenciaram na maneira de pensar tanto a formação, quanto a atuação profissional e tal fato favoreceu o surgimento de discussões acerca de seu status profissional e de sua legitimidade social (ROCHA JÚNIOR, 2005).

Na busca por uma identidade acadêmica, profissional ou educacional, foram formulados diversos encaminhamentos para a ação do profissional de educação física, visando justificar a profissão. Bracht afirma que:

a educação física em suas características de formação profissional, retardou seu próprio desenvolvimento intelectual, pois a contribuição dos profissionais de educação física brasileira baseava-se nos conhecimentos da história, da sociologia, da fisiologia e da educação sem, de fato, colaborarem para teorizar a intervenção da educação física em seus diversos níveis e espaços de intervenção (BRACHT, 1999, p.18).

A questão da formação do profissional de educação física vem sendo analisada em alguns estudos (SOUSA; VAGO, 1997; SOUZA NETO et al., 2004). Souza Neto et al. (2004) realizou um estudo a fim de analisar a formação do profissional de educação física (PEF), sob a perspectiva da legislação federal do século XX, concluindo que havia uma forte discussão direcionada ao mercado de trabalho, mas que o encaminhamento desta privilegiou, ao longo dos anos, o status científico na universidade.

Ainda analisando os aspectos legais da formação, Sousa e Vago (1997) discutiram o ensino da EF em face da Lei nº 5.692/71 – LDB – (BRASIL, 1971a) e ao Decreto nº 69.450/71 (BRASIL, 1971b) e apontaram que a década de 1980 foi uma época de muitos questionamentos sobre as influências médicas e militares na EF, fazendo-a portadora de ideias e práticas de higienização e disciplinarização dos corpos.

Através da Constituição Federal de 1937 (BRASIL, 1937), a EF se torna obrigatória nas escolas, porém, surgem reivindicações acerca da exigência de um currículo mínimo para a graduação, o que só acontece através do Decreto Lei nº 1.212/39 (BRASIL, 1939), o qual criou a Universidade do Brasil e a Escola Superior de Educação Física e Desporto, além de estabelecer as diretrizes para a formação profissional (BRASIL, 2004; SOUZA NETO et al., 2004). De acordo com o disposto no decreto, os cursos teriam em comum um núcleo de disciplinas básicas, com variações de acordo com a especificidade da modalidade de atuação, ainda demonstrando a presença de disciplinas voltadas à dimensão biológica da EF, tais como: estudos de vida humana em seus aspectos celular, anatômico, funcional, mecânico e preventivo, além dos estudos do processo pedagógico.

Em 1945, o Decreto Lei nº 8.270 (BRASIL, 1945) apresentou uma revisão no currículo da EF, redimensionando a organização de sua base de conhecimentos. Através desse dispositivo, a formação dos professores passou de dois para três anos e surgiu a exigência do diploma de nível superior como requisito para realização de cursos de educação física infantil, técnica desportiva e medicina aplicada à educação física e desportos.

É importante ressaltar que a revisão curricular de 1945 manteve a mesma sequência do roteiro anterior (de 1939), no que se refere aos saberes que fundamentam a profissão. Desta feita, ao conjunto de saberes propostos pelo Decreto nº 1.212/39, acrescentou-se o estudo do comportamento humano (SOUZA NETO et al., 2004), mantendo-se a formação do profissional de educação física voltada para o atendimento das propostas higienistas e disciplinadoras do pós-guerra.

De 1945 a 1968 a formação do profissional de educação física ganhou atenção especial, sendo refletida através da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) (BRASIL, 1961), porém, sob uma perspectiva mais pedagógica, facilmente identificada através do estabelecimento de um percentual de um oitavo da carga-horária do curso para formação pedagógica. Em função dessa LDB, o Conselho Federal de Educação apresentou os pareceres nº 292/62 e 267/69, com o intuito de estabelecer os currículos mínimos dos cursos de licenciatura, bem como um núcleo de matérias pedagógicas, tais como: psicologia da educação, didática, Estrutura e

Funcionamento do Ensino de 2º Grau e prática de ensino, sob a forma de estágio supervisionado (SOUZA NETO et al., 2004).

É possível que essas deliberações, associadas à internacionalização do mercado e ao advento do esporte como “fenômeno de massas”, a partir do final da década de 70 tenham contribuído para a diversidade de entendimentos sobre a atuação do profissional de educação física, que atuava, até então, sob uma perspectiva de construção de uma nação forte e hígida.

No ano de 1969 foram fixados o currículo, a estrutura e a duração dos cursos de graduação em EF, através do Parecer nº 894, o qual determinou a estrutura curricular mínima, com base no estabelecimento de disciplinas obrigatórias. Estas eram distribuídas em três núcleos de formação:

- a) um núcleo básico, de cunho biológico;
- b) um núcleo profissional, de cunho técnico e;
- c) um núcleo pedagógico.

Dessa forma, embora tenha-se mantido o tempo de formação em três anos, foi estabelecida a carga-horária mínima de 1.800 horas e propôs-se uma redução das matérias básicas de fundamentação científica. Os saberes relativos ao conhecimento esportivo ganharam destaque, bem como a parte didática com ênfase mais específica à formação do professor (BRASIL, 2004; SOUZA NETO et al, 2004).

A partir das propostas do Parecer nº 894/69, surgiram questionamentos acerca dos resultados de uma preparação profissional baseada no cumprimento de “mínimos curriculares”, haja vista que o mercado exigia um profissional que não fosse apenas professor. Surge, daí, a necessidade de se pensar a educação física como campo de conhecimento específico, pois a formação generalista do professor inseria no campo de trabalho, profissionais despreparados para atuar nos diversos contextos, permitindo atuação do leigo (BRASIL, 2004; MASSA, 2002; SOUZA NETO et al., 2004).

Sucederam-se inúmeras críticas ao modelo curricular proposto em 1969. Diversos fóruns e estudos a fim de reunir especialistas e discutir a estruturação do currículo da educação física foram realizados (no Rio de Janeiro em 1979, Florianópolis em 1981, Curitiba em 1982 e São Paulo em 1984), culminando com a elaboração, em 1987, de um anteprojeto propondo ao Conselho Federal de

Educação, a superação do currículo mínimo, em favor da autonomia para que as Instituições de Ensino Superior (IES) pudessem elaborar seus próprios currículos (BRASIL, 2004).

Como resultado desse processo, foram aprovados dois instrumentos de normatização legal dos cursos de graduação plena: o Parecer nº 215/87 (BRASIL, 1987a) e a Resolução nº 03/87 (BRASIL, 1987b), tendo este último assegurado a autonomia e a flexibilidade para que as IES pudessem estabelecer os marcos conceituais e os perfis profissionais desejados.

A resolução 03/87 do Conselho Nacional de Educação fixava os conteúdos mínimos e propunha que os currículos deveriam possibilitar a aquisição de conhecimentos e técnicas que permitissem a atuação tanto na área escolar, quanto na não escolar. Estabelecia, também, a formação profissional em bacharelado e/ou licenciatura plena (BRASIL, 1987b).

A ausência de cursos de bacharelado trazia para a graduação um grande contingente de indivíduos que pretendiam atuar fora do contexto da escola e que, em função da formação generalista proposta pela licenciatura, ingressavam no mercado de trabalho despreparados para outras funções (MASSA, 2002).

Esta diferenciação na formação era o reconhecimento de que a educação física acontecia também fora da escola. Pode, ainda, ser entendida como a mais importante iniciativa de delimitação de uma área de pesquisa e/ou objeto de investigação da educação física (VERENGUER, 1997).

Ao final da década de 90, a Educação Física é regulamentada, e são criados os conselhos federal e regionais (BRASIL, 1998). Além disso, o profissional de educação física é reconhecido como profissional de saúde e como membro componente do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997).

Com a regulamentação da profissão, são estabelecidos critérios de formação e atuação que contribuíram significativamente para a consolidação da carreira.

O conselho Nacional de Educação, ao estabelecer as diretrizes curriculares para formação dos profissionais de educação física, indica que estes devem ser formados para estudar, pesquisar, esclarecer e intervir profissional e academicamente no contexto específico histórico-cultural de modo a atender às diferentes manifestações e expressões da atividade física na sociedade (BRASIL, 2004).

O graduado em educação física passa a estar habilitado a planejar, executar e avaliar programas de atividade física com fins esportivos, pedagógicos, recreativos e voltados à promoção da saúde, sendo delimitado, portanto, seu espaço de atuação no setor saúde (BRASIL, 2004).

3.2 Criação e contextualização do Programa Academia da Saúde

Diversos estudos apontam que prática regular de atividades físicas pode prevenir e controlar o desenvolvimento de diversas doenças e agravos (BARRETO et al., 2005; PATE et al., 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). Entretanto, mesmo diante do incontável número de evidências científicas e da propaganda favorável por parte dos órgãos de comunicação, apenas uma pequena parcela da população brasileira é considerada suficientemente ativa para obter benefícios à saúde (BRASIL, 2009, 2010, 2012).

O incentivo à prática de atividades físicas para a promoção da saúde, e como estratégia terapêutica no controle da hipertensão e do diabetes, por exemplo, demonstram o reconhecimento, por parte do Ministério da Saúde, da importância, eficiência e eficácia da atividade física para o sistema de saúde, a qual se constitui em um investimento estratégico em saúde pública, capaz de reduzir gastos com o tratamento de portadores de doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al., 2008).

A temática da promoção da saúde já era discutida desde a década 1980, conforme descrevemos na seção anterior. Durante sua 57ª Assembleia Mundial, realizada no ano 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, tendo como principais objetivos reduzir fatores de risco para DCNTs, promover o conhecimento acerca dos benefícios da alimentação saudável e da AF, fomentar e fortalecer políticas e planos de ação direcionados à melhoria desses comportamentos, além de capacitar recursos humanos do setor saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Tal estratégia foi utilizada como referência para a elaboração de ações do Ministério da Saúde do Brasil, o qual adotou e apoiou suas proposições, além de desenvolver outras ações que enfatizam a importância da atividade física para uma vida saudável (GUARDA; SILVA; MARIZ, 2011). Uma comissão de especialistas foi

nomeada para avaliar a pertinência dessa estratégia para o nosso país, considerando-a como um avanço que cria oportunidades para promover a saúde e prevenir o avanço das DCNTs (BARRETO et al., 2005).

A apreciação da Estratégia Global por parte dos especialistas do Ministério da Saúde classificou várias das recomendações de atividades físicas como *convincentes* ou *prováveis* e não apontou nenhuma como insuficiente, reforçando o reconhecimento da importância dessas práticas e, conseqüentemente, dos profissionais de educação física para a promoção da saúde, prevenção e controle de diversos agravos (BARRETO et al., 2005).

Cabe ressaltar, entretanto, que para que as recomendações contidas na Estratégia Global da OMS tivessem real efeito, fazia-se necessária, a criação de políticas públicas e instrumentos normativos de incorporação dessas práticas às ações do setor sanitário.

Como resposta a essa demanda e com base no previsto na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e nas contribuições oferecidas pelas conferências nacionais e internacionais de saúde, surge, em 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual propõe a superação da cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, visando a economia de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (BRASIL, 2006).

A PNPS visa, entre outras coisas, a garantia do princípio da integralidade, propondo diretrizes e recomendando estratégias de organização das ações nas esferas federal, estadual e municipal do SUS, priorizando a utilização de atividades físicas/práticas corporais como estratégias de promoção da saúde, tanto na rede básica, quanto através de ações intersetoriais, e de aconselhamento e divulgação (BRASIL, 2006; MALTA, et al., 2008). Além disso, prevê o monitoramento e avaliação de tais estratégias, de modo a formular metodologias capazes de produzir evidências que comprovem a efetividade das iniciativas desenvolvidas (BRASIL, 2006).

Essa Política serviu de suporte institucional para a criação de mecanismos de apoio financeiro a programas de incentivo à prática de atividades físicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Através do edital nº 2 de 2006, foram destinados recursos para o financiamento de ações de atividade física no valor de 4,6 milhões de Reais, para 115 entes federados que apresentaram e tiveram aprovadas propostas relacionadas às Práticas Corporais e Atividade Física (MALTA et al., 2008).

No ano seguinte o Ministério da Saúde deu continuidade ao financiamento, concedendo a mais 209 entes federados os recursos para programas de Atividade Física (BRASIL, 2009), ampliando a Rede Nacional de Promoção da Saúde. Em 2008 o Ministério da Saúde unificou os financiamentos da atividade física e de prevenção das violências (BRASIL, 2009), porém, aumentou o repasse para 28 milhões de Reais nesse ano e para 34 milhões em 2009, visando a ampliação da Rede Nacional de Promoção da Saúde.

O sucesso das iniciativas de estímulo à AF motivou o Ministério da Saúde a lançar, no dia 07 de abril de 2011, o Programa Academia da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a, 2011b).

Dois portarias Ministeriais permitem a adesão e destinam de recursos ao Distrito Federal e aos municípios interessados em incorporar a estratégia, e o principal objetivo do Programa é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011a).

Uma das portarias define três modalidades de polos: a) Básica; b) intermediária, e; c) ampliada. A modalidade básica será composta por um ambiente destinado a atividades coletivas e um espaço externo com área multiuso que contenha equipamentos para alongamento. Na modalidade intermediária os polos terão os mesmos componentes da básica, além de um depósito de materiais. Essas duas modalidades devem ser construídas próximas a Unidades Básicas de Saúde. Para a modalidade ampliada propõe-se uma estrutura de apoio com ambientes internos, jardins e canteiros.

As portarias permitem que os governos locais construam com recursos próprios, estruturas complementares, como pistas para caminhada, quadras esportivas e parques infantis (BRASIL, 2011a, 2011b).

O Programa faz parte das Políticas Nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde e integra o Plano de Ações Estratégicas para o Enfretamento

das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil (BRASIL, 2011d). Para a construção dos polos, os municípios receberão recursos da ordem de R\$ 100.000,00 (cem mil Reais) para a modalidade básica, R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil Reais) para a intermediária e R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil Reais) para a modalidade Ampliada (BRASIL, 2011b). Ressalta-se que os municípios e o Distrito Federal poderiam, com base nas portarias, optar por construir ou reformar espaços públicos para a implantação dos polos (BRASIL, 2011b).

Cabe ressaltar que os recursos para a construção/reforma dos espaços públicos destinados ao Programa Academia da Saúde foram disponibilizados (em três parcelas) no início de 2012, cabendo aos municípios contemplados iniciar o processo licitatório para o início das obras (BRASIL, 2011b). Por outro lado, alguns municípios brasileiros já desenvolviam atividades similares, inclusive com espaços físicos bastante parecidos com o proposto pelo programa federal. Em Pernambuco, o Programa Academia das Cidades (PERNAMBUCO, 2007), desenvolvido pela Secretaria Estadual das Cidades, construiu polos em vários municípios desde 2008 e utilizou-se dos critérios apresentados na Portaria/GM/MS nº 1.402, de 15 de junho de 2011 para converter os polos já construídos em polos do Academia da Saúde, iniciando as atividades do programa, antes mesmo que os demais municípios do Brasil comesçassem a construção dos seus.

A portaria estabelecia que os municípios com programas preexistentes de atividades físicas/práticas corporais que atendessem a determinados *critérios de similaridade* como dimensões e características do espaço físico, frequência e tipo de atividades compatíveis com as propostas do Academia das Cidades poderiam habilitar-se ao Programa, passando, portanto a receber o incentivo financeiro para o custeio (BRASIL, 2011b).

Os recursos financeiros para a manutenção do Programa são disponibilizados através de transferências fundo a fundo, regulares e automáticas no valor R\$ 3.000,00 (três mil Reais) por mês, caso os polos estejam vinculados ao NASF. Caso contrário, o município receberá uma única parcela de R\$ 36 mil anuais (BRASIL, 2011a, 2011b). Convém destacar que os municípios que foram contemplados pela Portaria 1.402 passaram a receber a verba de custeio imediatamente.

No que se refere à atuação do PEF no Programa, convém ressaltar que embora o mesmo se proponha a incentivar a prática de atividades físicas e

mencione a atuação de profissionais capacitados, não há referências nas portarias à composição das equipes. Aponta-se, apenas, a exigência de um profissional com carga de 40 horas semanais ou dois com mínimo de 20 horas cada, vinculados a atividade do Programa, sem definição de aspectos relacionados à formação, perfil ou competências necessárias para o desenvolvimento das atividades.

3.3 Formação, perfil e competências como ferramentas para a intervenção profissional

O conhecimento desempenha um papel de destaque na formação e na atuação de diversas categorias profissionais. Importantes transformações sociais têm colocado a informação como principal recurso econômico da atualidade, diferentemente do que ocorria em períodos históricos anteriores (MACHADO, 1997). Nesse contexto, a maioria das sociedades vem experimentando mudanças que dão origem ao que Druker (1995) denomina de Sociedade do Conhecimento. O acesso a dados e informações torna-se cada vez mais fácil e rápido, caracterizando o conhecimento como uma estrutura em frequente transformação, e não mais estável e imutável como se acreditava no passado (FREIRE; VEREGUER; REIS, 2004).

Como consequência desse constante processo de transição, o mercado de trabalho é diretamente influenciado, pois a dinâmica na produção do conhecimento tem conduzido a mudanças no modo de atuação de várias categorias profissionais, o que poderá acarretar grandes mudanças nas profissões já existentes, surgimento de novas e a extinção de outras nos próximos anos (SCHWARTZ, 2000).

Essas mudanças e as consequentes demandas profissionais produzem reflexos diretos sobre os processos de formação e aprendizagem que ocorre nas universidades para diversas profissões, inclusive a Educação Física. Para Freire, Vereguer e Reis (2004, P. 42):

[...] O graduando em Educação Física, futuro profissional, terá como responsabilidade a prestação de serviços à sociedade. Para isso, seu curso de graduação deverá compreender um saber profissional sobre sua área de intervenção, que lhe permita tomar as decisões mais adequadas em seu trabalho, capacitando-o para transformar o ambiente.

O saber profissional fundamenta-se na capacidade de mobilizar recursos cognitivos para o enfrentamento de diversas situações do cotidiano do trabalho, os quais compreendem dimensões conceituais, procedimentais e atitudinais inerentes à profissão (ZABALA, 1997).

A primeira dimensão consiste na capacidade de ajustar o conhecimento às particularidades dos indivíduos e grupos, o que demanda o domínio de conceitos, fatos e princípios que formam o *saber sobre* o trabalho em Educação Física. Logo, o profissional deve estar apto a compreender as respostas fisiológicas do exercício, suas implicações sobre o desenvolvimento motor, condicionantes e determinantes da prática de atividades físicas e vários outros aspectos inerentes à atividade motora. A dimensão conceitual contribui, portanto, para que o profissional possa tomar as decisões corretas em sua intervenção (FREIRE; VEREGUER; REIS, 2004).

Sob essa ótica, para que o profissional de educação física possa realizar seu trabalho é necessário o domínio de técnicas, procedimentos e habilidades que formam um *saber fazer* que o capacite à realização do diagnóstico das condições físicas do indivíduo ou público aos quais presta determinado serviço, identificando habilidades e experiências motoras, níveis de atividade física, condições psicológicas, econômicas sociais, etc (FREIRE; VEREGUER; REIS, 2004).

Além disso, o PEF deve identificar os objetivos e planejar as intervenções através da escolha e implementação das atividades mais adequadas a cada situação/público. Todas essas ações profissionais constituem a dimensão procedimental que caracteriza a profissão (FREIRE; VEREGUER; REIS, 2004).

Por outro lado, o conhecimento relativo às dimensões conceitual e procedimental não garantem uma intervenção eficiente, sendo necessária a observância e a busca pelo cumprimento de normas, valores e atitudes que configuram a terceira dimensão (dimensão atitudinal). Esta constitui o *saber ser*, e é operacionalizada através de condutas e valores que caracterizem uma ação ética (FREIRE; VEREGUER; REIS, 2004).

Logicamente essas dimensões do conhecimento fundamentam e devem guiar a preparação profissional, sobretudo para a atuação no âmbito da saúde. Por outro lado, a qualidade da formação não pode limitar-se apenas ao aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver. Além do saber profissional,

que caracteriza e delimita a intervenção, a formação deve estar diretamente relacionada ao papel social e político do trabalho (CARVALHO; CECCIM, 2006).

De acordo com Bosi (1996), o conhecimento formal é fundamental para a identidade profissional e para o reconhecimento social de qualquer categoria. Para a autora, a abrangência e a profundidade desse saber estruturam o núcleo propriamente dito do saber de uma profissão. Dessa forma, o ensino superior reveste-se de fundamental importância, pois oferece a base cognitiva de uma profissão (BOSI, 1996; FREIDSON, 1998). Pode-se considerar, portanto, que uma das características fundamentais de uma profissão é a existência de um saber profissional ou conjunto de conhecimentos que são aprendidos predominantemente em cursos de graduação.

Ao questionar o que deve caracterizar um curso de formação de nível universitário, e a necessidade de um curso superior para a formação profissional, Bagrichevsky e Estevão (2008) apontam a necessidade de uma formação mais complexa e elaborada, com maior aporte técnico-científico e nível de reflexão crítica, capazes de habilitar o indivíduo ao enfrentamento de dificuldades contextuais do cotidiano e adquirir esses mesmos conhecimentos inclusive, fora da universidade. Logo, (re)pensar finalidades, pertinências e principais problemáticas são práticas salutares de análise da legitimidade social de uma profissão (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008).

A formação profissional em saúde apresenta características bastante específicas. O setor sanitário compõe o conjunto de atividades denominadas serviços de consumo coletivo e sofre as mesmas consequências do processo de ajuste macroestrutural que outros setores vêm sofrendo nos últimos anos, tais como a redução de custos, privatizações, terceirizações, etc (VIEIRA et al., 2006).

No Brasil, a formação de recursos humanos para a saúde é diretamente influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária (ANJOS; DUARTE, 2009), o qual inaugurou uma nova forma de se pensar e atuar em saúde, conduzindo a importantes transformações sobre os processos de formação profissional (ANJOS; DUARTE, 2009; ROCHA; CENTURIÃO, 2007). Dessa forma, observa-se que nas últimas décadas as instituições formadoras têm se esforçado para incorporar as reflexões a respeito dos modelos de atenção e propostas de intervenção baseadas

no ato de cuidar, além de estratégias de ação potencialmente mais integrais e efetivas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Tais propostas, entretanto, não são suficientes para abarcar todas as necessidades de preparação profissional em saúde. Autores como Anjos e Duarte (2009), Akerman e Feuerwerker (2006) e Carvalho e Ceccim (2006) apontam que a formação de recursos humanos em saúde tem priorizado o caráter biológico, centralizando conteúdos, e limitando-se à transmissão de “informações” de forma enciclopédica, baseando-se quase que exclusivamente no binômio doença-reabilitação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2004) sugerem formações de caráter mais generalista, humanista, crítico e reflexivo, numa tentativa de superação dessa perspectiva centrada no modelo hegemônico e de aproximação com as novas tendências no cuidar, o que demanda a necessidade de currículos integrados e o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento e contemplem “fatores de exposição” (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Essa construção, por sua vez, conduz o estudante a uma melhor compreensão do processo saúde-doença, e dos limites da ação uniprofissional no cuidar (CARVALHO; CECCIM, 2006; RIBEIRO, 2001).

Formar recursos humanos para a saúde implica, portanto, na superação da visão biologicista. Consiste, segundo Vieira e Amâncio Filho (2006), em articular políticas sanitárias, de ciência e tecnologia e educação de modo a atender às demandas do sistema de saúde.

Sobre a formação de recursos humanos para a saúde, Anjos e Duarte afirmam:

[...] favoráveis ou a contragosto, as instituições formadoras de profissionais de saúde reconhecem a necessidade de readequação de seu projeto político-pedagógico e consequente reformulação curricular (ANJOS; DUARTE, 2009. p. 1129).

Convém destacar, ainda, que o cuidado integral e a promoção da saúde vêm sendo utilizados como principais ferramentas na tentativa de superação do modelo médico-hegemônico, e que, para tanto, os serviços básicos de saúde têm ampliado suas equipes, incorporando outras categorias profissionais, como os de Educação Física, por exemplo (ANJOS, DUARTE, 2009; BRASIL, 2008).

Embora formalmente incorporada às ações e serviços de saúde no SUS (BRASIL, 1997, 2008), a Educação Física, enquanto área de atuação profissional, encontra dificuldades de adequação da formação às necessidades e realidade do sistema público de saúde brasileiro. Se por um lado o número de cursos, a oferta de vagas e a quantidade de egressos da graduação em Educação Física foi a segunda maior entre todos os cursos da área da saúde nos últimos anos (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008; GARCIA et al., 2006), por outro, as divergências quanto ao seu objeto e propostas de intervenção, que culminaram com de “crise de identidade” descrita na sessão anterior, desencadearam a divisão da formação em bacharelado e licenciatura, o que trouxe reflexos ainda não superados para a formação.

As Diretrizes Curriculares de 2004 (BRASIL, 2004) estabelecem que a formação do graduado em Educação Física deve dotar os profissionais de habilidade específica para atuar nos diferentes campos que identifiquem expressões e manifestações da atividade física/motricidade humana, ou seja, nos diferentes contextos em que o movimento humano se manifeste, inclusive na saúde (BRASIL, 2004), entretanto, a formação em nível de graduação parece não atender às necessidades e especificidades do setor saúde.

Analisando a formação de profissionais de educação física em instituições de ensino superior do estado de São Paulo, Anjos e Duarte (2009) investigaram os objetivos dos cursos, as disciplinas relacionadas à saúde pública e coletiva, e a existência de disciplinas de estágio em serviços de saúde. Como resultados, observaram que não há direcionamento dos cursos para o campo da saúde, embora os bacharéis tenham demonstrado maior respaldo em saúde do que os licenciados. O estudo identificou, ainda, o predomínio de disciplinas focadas em abordagens curativas e a ausência de um conjunto de disciplinas de Saúde Coletiva/Saúde Pública, sendo que algumas instituições nem as contemplavam. Os autores não identificaram nenhum curso que oferecesse estágio nos serviços públicos de saúde, na Atenção Básica.

Em outra pesquisa, Souza e Loch (2011) atribuem parte da dificuldade de inserção e consolidação dos PEF no setor saúde, ao direcionamento dos cursos de graduação, os quais, segundo os autores, têm caráter generalista para a área esportiva, em detrimento a uma pequena aproximação da área de saúde pública.

Alguns autores apontam a necessidade de um melhor direcionamento da formação superior para o atendimento das necessidades e particularidades do setor saúde.

Akerman e Feuerwerker (2006) afirmam que o referencial estritamente biológico é insuficiente para a abordagem do processo saúde-doença e, portanto, uma formação que a ele se restrinja, deve ser deficitária. Tal afirmação parece corroborar o descrito por Carvalho e Ceccim (2006), os quais afirmam que a discussão sobre a formação em saúde demanda tematizar o ensino no âmbito das graduações.

Para Paim e Almeida Filho (2006), ensino e pesquisa em saúde devem estar direcionados ao serviço básico e à educação em saúde, dentro de uma visão ampla que considere as pessoas, a comunidade, a família e as relações sociais. Convém observar que vários autores (ANJOS; DUARTE, 2009; CARVALHO; CECCIM, 2006; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2006; SOUZA; LOCH, 2011) apontam os conhecimentos sobre saúde coletiva/saúde pública como fundamentais para o entendimento da organização, funcionamento, características e peculiaridades dos modelos de atenção, conceitos e epidemiologia e vigilância em saúde, bem como da realidade das comunidades, devendo esses ser oferecidos durante os cursos de graduação na área de saúde.

Por outro lado, Saviani (1994 apud GONDIM, 2002) aponta que a relação entre educação e trabalho nem sempre foi linear. Com o surgimento da propriedade privada na antiguidade, a educação inicialmente atende a indivíduos mais abastados e com sustento garantido, prestando-se mais à formação de lideranças políticas e militares do que à preparação para a inserção no sistema produtivo. Com o surgimento das cidades modernas, atribui-se à escola a função de formar cidadãos cientes de seus direitos e deveres. Além disso, os avanços ocorridos na economia, nas ciências e na tecnologia também contribuíram para que os trabalhadores escolarizados fossem reconhecidos como mais habilitados a lidar com a complexidade crescente do sistema produtivo (GONDIM, 2002).

Para Fogaça (1998), educação e formação profissional passaram a se integrar, principalmente por meio de dois processos: i) a globalização, definida como o conjunto de mudanças que instituíram novas formas de relação entre os países nos campos econômico, social, cultural, político e tecnológico; ii) a emergência de

um sistema de produção sustentado na automação flexível. Nessa perspectiva, os três níveis de ensino passam a fazer parte da agenda da reestruturação produtiva e da sua relação com o mercado de trabalho (LEITE, 1996) ressaltando, portanto, a relação entre as organizações educacionais, as empresas e a comunidade (DOWBOR, 1996).

Tais mudanças, segundo Gondim (2002) têm conduzido as instituições formais a se reestruturarem e, conseqüentemente, essa reestruturação se reflete no delineamento de um perfil profissional mais compatível com a nova realidade. As novas demandas criadas a partir do fenômeno da globalização exigem profissionais com competências diversas e habilidades para lidar com várias situações. Esse perfil profissional desejável, semelhante ao que ocorre com a formação, está alicerçado em três grandes grupos de habilidades: a) cognitivas; b) técnicas especializadas, e; c) comportamentais e atitudinais.

- a) **Habilidades cognitivas** – Normalmente relacionadas à criatividade, conhecimento geral, julgamento crítico, raciocínio lógico e abstrato, e solução de problemas. São obtidas principalmente através dos processos formais de educação;
- b) **Técnicas especializadas** – relacionam-se com o domínio de uma habilidade, conhecimentos de informática, língua estrangeira, operação de equipamentos e processos de trabalho;
- c) **Habilidades comportamentais e atitudinais** – Têm relação com a pré-disposição do indivíduo para a cooperação, responsabilidade, motivação, busca constante por aperfeiçoamento (atitude de aprender a aprender), iniciativa e ética.

O perfil contribui, portanto, para a definição de diretrizes e parâmetros de formação profissional e para a avaliação dos cursos frente às demandas do mercado de trabalho, em especial no setor saúde.

Características específicas do trabalho em saúde demandam profissionais que sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades de indivíduos e comunidades, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

Dessa forma, características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam no setor saúde, podem influenciar tanto na

escolha da profissão e área de atuação, quanto no trato com questões inerentes à execução do trabalho. Faz-se necessário, portanto, um conhecimento do perfil desses profissionais, haja vista que este parece estar associado, à identificação com o trabalho comunitário, à formação acadêmica e, à qualificação e capacitação para o desempenho das funções (COTTA et al., 2006).

A identificação do perfil profissional pode contribuir para a melhoria da qualidade, tanto dos serviços, quanto das instituições de formação e aperfeiçoamento profissional. Para Schiappacasse (1984), a determinação desse perfil é a base mais racional para a organização de todo o processo de formação profissional e de avaliação do currículo, e, por conseguinte, toda instituição formadora deve desenvolver e reestruturar de forma contínua os perfis das carreiras profissionais sob sua responsabilidade.

A renovação das práticas pode ser alcançada através do estímulo ao desenvolvimento de competências, que segundo Faustino (2003) figura como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, incentivando a reflexão crítica e viabilizando respostas às novas demandas sociais e do trabalho, o que favorece, inclusive, o desenvolvimento da cidadania.

O conceito de competência tem vários sentidos, podendo ser definida como a capacidade de utilizar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes — saber fazer, saber ser, saber agir; capacidade para resolução de um problema (MOTA; AGUIAR, 2007).

Segundo Ramos (2001, p. 22) competência é “[...] mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação”, sendo condição de desempenho, pois expressa os recursos articulados e mobilizados frente a uma situação. Sendo assim, o desempenho seria consequência das competências, porém uma única ação pode mobilizar várias competências, que correspondem tanto ao resultado do trabalho quanto à reflexão das condições da produção, meios usados, finalidade e organização da ação.

A competência caracteriza-se pela elaboração de planos e arranjos que permitem mobilizar os conhecimentos, no momento oportuno e com discernimento. É a capacidade de orquestração destes arranjos. O que caracteriza a competência

de um especialista é a capacidade de dominar rapidamente situações comuns com arranjos que entram em ação automaticamente e, além disso, é capaz de coordenar e diferenciar rapidamente os esquemas de ação e os conhecimentos para enfrentamento de situações inéditas (RAMOS, 2001).

O desenvolvimento de competências apresenta-se, portanto, como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento da cidadania (FAUSTINO, 2003).

3.4 Processo de trabalho: dimensão teórica e particularidades no setor saúde

O homem constrói sua própria história modificando, através de sua força de trabalho algo que possa lhe ser útil. Diferencia-se dos outros animais devido à intencionalidade de seu trabalho, projetado em sua mente, antes mesmo de visualizar seu produto final (MARX, 1983; MENDES-GONÇALVES, 1994; SANTOS, 2010).

O trabalho é visto por Friedmann e Naville (1973) como condição de toda a vida humana, que está presente em todas as sociedades como um denominador comum. Para Gianotti (1993) é um processo constituído de momentos que se iluminam reciprocamente e têm uma posição relacional.

Dentro dessa perspectiva, Mendes-Gonçalves (1994), utiliza a teoria de Marx para afirmar que para uma atividade caracterizar-se como trabalho, necessariamente, precisa fazer distinção de três elementos: a atividade orientada a um fim, o trabalho em si mesmo, seu objeto e seus meios.

Com o aumento das demandas sociais, sobretudo após a revolução industrial, aumenta, também, o fluxo de trabalho, dando origem a novos métodos de gerência. A produção passa a ser dividida em operações mínimas, tirando dos trabalhadores a compreensão da totalidade do processo de trabalho (BRAVERMAN, 1981 apud RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

De acordo com Mendes-Gonçalves (1994) processo de trabalho é o conjunto de saberes, instrumentos e meios utilizados por profissionais a fim de se organizar e

produzir serviços voltados a prestar assistência individual e coletiva, para obter produtos e/ou resultados decorrentes de sua prática.

Todo processo de trabalho é realizado buscando alcançar alguma(s) finalidade(s) predeterminada(s). Logo, é regido pela finalidade/intencionalidade, e tem seus critérios e parâmetros de realização estabelecidos em função dessa finalidade (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

O processo de trabalho tem como objetivo a produção de um dado objeto ou condição que determina um produto específico. Através desse produto pretende-se responder a algumas necessidades ou expectativas humanas, as quais são determinadas ou condicionadas pelo desenvolvimento histórico das sociedades. Dessa forma, os objetivos funcionam como projeções que dirigem toda a realização dos processos de trabalho (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Considerando que todo processo de trabalho é regido pelos fins estabelecidos, a escolha e determinação desses torna-se de fundamental importância, pois são nesses fins e objetivos que se situam, ainda que implicitamente, as grandes questões sociais e de poder na determinação dos processos de trabalho (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; GONÇALVES-MENDES, 1994; MISHIMA et al., 2009). Sobre essa questão, Faria, Werneck e Santos (2009) ressalta que os sujeitos e agentes desse processo são pessoas, grupos, instituições ou sociedades, os quais atuam direta ou indiretamente sobre o processo de trabalho.

Todo processo de trabalho se realiza em algum objeto, sobre o qual se exerce ação transformadora, com o uso de meios e em condições determinadas. Diferentemente do setor industrial, a saúde apresenta características particulares que tornam esse objeto de intervenção mais complexo.

A saúde faz parte do setor de serviços (CARVALHO; CECCIM, 2006; FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), porém com algumas peculiaridades. De maneira geral, Na prestação de serviços o objetivo é a criação ou produção de condições ou estados para os indivíduos demandantes. Logo, em determinadas situações serão realizadas modificações nos próprios consumidores do serviço. Nessas situações, considera-se que os consumidores do serviço são também sujeitos, agentes, e em alguma dimensão do seu ser, objetos do processo de trabalho (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Clauss Offe (1991) aponta que uma característica particular do setor de serviços é a dificuldade de planejamento do custo/benefício das intervenções, considerando que muitos deles precisam estar à disposição da sociedade sem, entretanto ter-se a noção de quando as necessidades serão demandadas. Argumenta que há incertezas quanto ao volume, tipo, momento e necessidades do usuário, fazendo com que o planejamento se desenvolva com dados menos precisos que na produção material.

Segundo Pires (2000, p.85), o trabalho em saúde faz parte da dimensão não material da produção:

É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.

Em determinadas situações o trabalho em saúde é elaborado, produzido e consumido ao mesmo ao mesmo tempo (CARVALHO; CECCIM, 2006; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004), e seus processos são avaliados pela adequação dos resultados aos objetivos, necessidades ou expectativas, tanto dos profissionais, quanto dos consumidores (FARIA; WERNECK; SANTOS, 2009).

Trata-se, portanto, de uma atividade coletivo-institucional que se desenvolve com características da ação profissional em si e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada dentro da lógica taylorista da organização da gestão do trabalho, a qual baseia-se na divisão entre executores e planejadores, na normatização de processos e procedimentos, e, em alguns casos, na não cooperação entre indivíduos e especialidades (CARVALHO; CECCIM, 2006; SHIMIZU; CARVALHO JUNIOR, 2012).

Para Mishima et al. (2009), o processo de trabalho em saúde tem como foco principal a produção do cuidado, com ênfase na mobilização dos atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes.

A finalidade do processo de trabalho em saúde reside na ação terapêutica, tendo o indivíduo doente ou sujeitos/coletividades sadios expostos a riscos como objetos do trabalho. Os meios de trabalho são caracterizados pelos instrumentos e condutas, configurando a dimensão técnica do conhecimento, e o produto final é um serviço (SILVA, 1994).

Ao longo da história o processo de trabalho em saúde se organizou em torno de dois eixos principais: um de caráter coletivo, baseado na epidemiologia e outro de cunho individual, fundamentado na clínica. No primeiro eixo busca-se o controle de doenças (e seus determinantes) em escala social, de acordo com a ênfase conceitual e política. São utilizadas várias ferramentas epidemiológicas para identificar situações de saúde-doença nas populações, identificando-se perfis e diagnosticando necessidades de saúde segundo determinados enfoques, bem como desenvolvendo ações de promoção da saúde com condições de vida saudáveis, intervenções de educação em saúde e em ambientes de trabalho e estimulando estratégias de prevenção de enfermidades (KURCGANT et al., 1993).

No segundo eixo, de acordo com a concepção que se tenha, os sujeitos de intervenção podem ser o indivíduo ou a sua doença. Nesse enfoque o objetivo é restaurar a saúde e/ou minimizar o sofrimento da morte. Os meios e instrumentos de trabalho são ferramentas técnico-administrativas para realizar o diagnóstico, tratamento e cuidados de que necessitem cada situação e cada sujeito (KURCGANT et al., 1993).

Embora conflitantes devido ao intensivo uso de trabalho humano, os dois eixos podem se complementar a partir da inter-relação dos atores, respeitando-se, dentro da cultura organizacional, os valores, símbolos, representações e poderes de cada categoria profissional que atue no processo de trabalho (KURCGANT et al., 1993).

Atualmente, o trabalho em saúde, sobretudo no Brasil têm se desenvolvido de forma compartimentalizada, de modo que cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência, o que pode acarretar a duplicação das ações e até mesmo discordância de atitudes e condutas (PIRES, 2000). Por outro lado, algumas concepções inerentes ao sistema de saúde brasileiro têm conduzido a importantes transformações nos processos de trabalho em saúde, conforme apontam autores Merhy (2003), Shimizu e Carvalho Júnior (2012), Mattos (2004) e Faria, Werneck e Santos (2009).

Para Merhy (2003) a mudança no modelo assistencial brasileiro, refletida principalmente através da Atenção Primária à Saúde, relaciona-se diretamente com os processos de trabalho, na perspectiva do envolvimento de diversos trabalhadores

e grupos profissionais nas atividades coletivas de manutenção da estrutura institucional.

Ainda sobre a Atenção Básica, Shimizu e Carvalho Júnior (2012) ressaltam que a eficácia da Estratégia de Saúde da Família pressupõe o trabalho em equipe e a interação organizada de indivíduos com competências e habilidades distintas, e critica a fragmentação do trabalho e a gestão dos processos de trabalho baseadas na divisão entre executores e planejadores.

Mattos (2003) aponta a integralidade como um princípio que deve orientar as políticas de saúde e/ou os processos de organização do trabalho em equipe, o que, conseqüentemente, repercute sobre os processos de formação tanto de profissionais, quanto de formuladores das políticas de saúde, de modo a implementar ações que possam consolidá-las nas práticas cotidianas junto aos usuários (SANTOS, 2010).

Em suma, a constante reflexão sobre os processos de trabalho e suas transformações é de fundamental importância para o desenvolvimento da humanidade. De acordo com Faria, Werneck e Santos (2009), o grau de dificuldade dessa reflexão aumenta à medida que aumenta a complexidade e a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele.

Em um processo de trabalho, as finalidades ou objetivos são projeções de resultados que visam a satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico.

MÉTODOS

4 MÉTODO

O presente relatório acadêmico é fruto de um estudo exploratório-descritivo, com abordagens qualitativa e quantitativa. Visando aumentar a validade dos achados e estabelecer uma maior amplitude na análise dos mesmos, recorreu-se à triangulação de métodos, através da aplicação de questionários, entrevistas e pesquisa documental sobre a incorporação do profissional de educação física às ações e serviços de saúde no SUS, além de se explorar os documentos oficiais (políticas de saúde, portarias ministeriais, normas e diretrizes do programa) relacionados ao Academia da Saúde.

A coletânea de artigos foi organizada a partir de dois manuscritos teóricos e dois resultantes da pesquisa em campo. Inicialmente, buscou-se revisar o processo histórico e político da incorporação do Profissional de Educação Física às ações e serviços no sistema público de saúde brasileiro (artigo 1). Em seguida, um ensaio teórico discutiu aspectos referentes à formação, perfil e competências desses trabalhadores para atuar no Programa Academia da Saúde.

Considerando o estado da arte disposto no Referencial Teórico desta tese, os dois artigos resultantes do trabalho de campo estão organizados a partir do entendimento que o processo de trabalho inicia-se com o estabelecimento dos objetivos da intervenção, passando pela definição do objeto sobre o qual o profissional irá desenvolver sua ação transformadora e pela disponibilidade e forma de utilização dos meios para a realização das tarefas e alcance dos resultados. Dessa forma, o terceiro artigo da tese analisa os objetivos, objetos e resultados do trabalho dos profissionais de educação física na Região Metropolitana do Recife, ao passo que o quarto artigo apresenta e discute os meios utilizados e as dificuldades encontradas por esses indivíduos em seu processo de trabalho.

Detalhes sobre as fontes de dados e critérios de inclusão e exclusão são apresentados nos respectivos artigos. Para a realização das análises dos dados quantitativos foram utilizados procedimentos de estatística descritiva, ao passo que tanto os dados qualitativos das entrevistas, quanto os textos avaliados na pesquisa documental foram analisados através da Técnica da Condensação de Significados (detalhada nos dois artigos sobre o processo de trabalho).

Todos os municípios participantes receberam convite formal para participação no estudo e autorizaram a realização das entrevistas através de Carta de Anuência (Anexos A a D) e todos os entrevistados foram informados sobre os objetivos do estudo, riscos e contribuições através da leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). O projeto para a realização desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (Fiocruz Pernambuco), o qual autorizou a realização da mesa através do Parecer consubstanciado nr 688.676. (Anexo E).

ARTIGOS

5 ARTIGOS

O Programa Academia da Saúde foi instituído em 2011, com o objetivo de promover saúde, articular ações na atenção primária e incentivar a prática regular de atividades físicas em todo o território nacional. O estado de Pernambuco foi um dos pioneiros na implantação desse programa, sendo que 45,16% desses estão localizados na Região Metropolitana do Recife, onde atuam mais de 100 profissionais de educação física.

O desafio desta tese foi identificar, descrever e analisar os processos de trabalho desses profissionais, de modo a subsidiar a tomada de decisão das instituições formadoras e da gestão do sistema público de saúde na avaliação das ações desses trabalhadores no programa, tendo em vista a ausência de estudos sobre as estratégias de planejamento, execução e avaliação da intervenção desses profissionais na Atenção Primária à Saúde.

Para responder à pergunta: “como se organizam e executam os processos de trabalho dos Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife?”, foi desenvolvido um estudo de natureza exploratório-descritiva, com abordagens qualitativas e quantitativas, tendo como produto quatro artigos, ou seja, a tese está estruturada no formato de coletânea de artigos. Este relatório acadêmico foi desenvolvido com anuência das secretarias de saúde dos municípios de Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Recife e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz, CAEE nº 29229814.3.0000.5190 (Anexo E).

O primeiro artigo, Incorporação e contribuições dos profissionais de educação física ao sistema único de saúde do Brasil, foi submetido à Revista TEMPUS - Actas de Saúde Coletiva.

O segundo artigo discutiu aspectos relativos à formação, perfil e competências para a intervenção dos profissionais de Educação Física no âmbito do Sistema Único de Saúde, e as possíveis aplicações para a atuação no Programa Academia da Saúde. Foi aceito para publicação na Revista Pan-Amazônica de Saúde e recebeu parecer destacando a relevância e atualidade da temática, e sua

importância para as discussões acadêmicas e profissionais no âmbito da formação do profissional de educação física.

No terceiro artigo busca-se conhecer a percepção dos profissionais de Educação Física da Região Metropolitana do Recife sobre o objetivo, o objeto de sua intervenção profissional e os produtos do seu trabalho no Programa Academia da Saúde. O manuscrito foi submetido e encontra-se em processo de avaliação na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Por fim, o quarto artigo buscou conhecer as características das equipes que atuam nos polos do programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho. Foi submetido à apreciação na Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

ARTIGO 1

5.1 Artigo 1 - Incorporação e contribuições dos Profissionais de Educação Física ao Sistema Único de Saúde do Brasil

INCORPORAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

INCORPORATION AND CONTRIBUTIONS OF PHYSICAL EDUCATION PROFESSIONALS IN BRAZILIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM

RESUMO

A evolução da educação física enquanto disciplina acadêmica e como profissão, juntamente com as transformações ocorridas no sistema de saúde brasileiro ao longo das últimas duas décadas, têm contribuído para a incorporação da atividade física como estratégia custo-efetiva de promoção da saúde e controle de diversas doenças. O objetivo deste artigo é analisar as potenciais contribuições dos profissionais de educação física ao Sistema de Único de Saúde, com base em aspectos políticos e legais que fundamentaram sua incorporação ao SUS nos últimos 20 anos. Para tanto, analisou-se a legislação brasileira do campo da saúde, através da Constituição Federal, leis, Portarias Ministeriais e resoluções dos conselhos nacionais de saúde e educação. Observa-se que a incorporação dos profissionais de educação física ao Sistema Único de Saúde vem se evidenciando desde a Constituição Federal de 1988 e que esses podem contribuir para a elaboração de ações de incentivo à prática de atividades físicas, auxílio a estratégias de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNTs, bem como na composição de equipes multiprofissionais e contribuir nas estratégias de enfrentamento ao sedentarismo e na melhoria da condição de vida dos cidadãos.

Palavras-chave: Atividade Motora; Educação Física e Treinamento; Sistema Único de Saúde; Promoção da Saúde; Recursos Humanos em saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the evolution of physical education as an academic discipline and profession, and the changes occurred in public health system thru the last two decades have contributed to the incorporation of physical activity as cost-effective strategy to promote health and control of several diseases. The aim of this paper is to analyze potential contributions of physical education professionals to Brazilian public health system, based on political and legal aspects that underlie their incorporation into the SUS in the last 20 years. To this end, we analyzed the Brazilian health laws. It is observed that physical education professional can contribute to the design of actions to encourage people being more actives, assist in health promotion and disease prevention strategies, and compose multidisciplinary teams aimed at reducing costs in health and well fare sectors.

Key words: Motor Activity; Physical Education and Training; Unified Health System; Health Promotion; Health Manpower.

INTRODUÇÃO

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 36 milhões de mortes a cada ano¹. Além de causarem sofrimento aos doentes e a seus familiares, produzem importante impacto financeiro sobre os sistemas de saúde e previdenciário, sobretudo em função da diminuição da qualidade de vida, perda da produtividade e diminuição dos dias trabalhados, provocando prejuízos ao setor produtivo e à população²⁻⁴. Mudanças nos hábitos alimentares, na atividade física (AF) e no consumo de álcool e fumo podem provocar um impacto substancial para a redução das taxas das DCNT, num curto período de tempo, constituindo-se importantes estratégias de prevenção^{1,5}.

Devido ao grande número de evidências que apontam benefícios da adoção de estilos de vida ativos⁵⁻⁹, a AF passa a ser entendida e incorporada como uma estratégia custo-efetiva de promoção da saúde e controle de diversas doenças.

Esse processo parece ter se iniciado em nível global a partir da Conferência de Ottawa¹⁰, e no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do qual foram estabelecidas as bases políticas e legais para a atuação do profissional de educação física (PEF) na perspectiva da promoção da saúde.

O Ministério da Saúde vem apoiando as recomendações internacionais e a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde (EG/OMS) da Organização Mundial da Saúde¹¹, além de desenvolver programas, projetos e políticas de governo voltadas à prevenção e ao controle de DCNT¹², as quais apresentam fatores de risco comuns e que devem ser evitados em bloco¹³, requerendo o desenvolvimento de ações integradas e trabalho multiprofissional.

Dentro dessa perspectiva, o PEF pode prestar uma importante contribuição às equipes de saúde, propondo e desenvolvendo ações de incentivo à prática regular de atividades físicas junto à população¹⁴.

Embora a educação física (EF) já tenha sido reconhecida como profissão da saúde¹⁵, os efeitos positivos da prática regular de atividades físicas já tenham sido constatados em diversas pesquisas, e a sua aplicação se demonstre efetiva em ações de promoção e prevenção de caráter individual e coletivo⁵⁻⁹, o processo de incorporação do Profissional de Educação Física às ações serviços públicos de

saúde, e as suas potenciais contribuições para a consecução dos princípios e objetivos do SUS ainda não estão bem esclarecidas na literatura.

O objetivo deste artigo é analisar potenciais contribuições dos profissionais de educação física ao Sistema de Único de Saúde, com base em aspectos políticos e legais que fundamentaram sua incorporação ao SUS nos últimos 20 anos.

MÉTODO

Para a realização deste estudo de revisão foram efetuadas buscas nas bases de dados do Senado Federal, analisando-se a legislação brasileira através da Constituição Federal, Leis, Portarias Ministeriais e resoluções dos conselhos nacionais de saúde e educação.

Estabeleceu-se como critério de inclusão, a publicação de legislações que contivessem em seus textos os termos educação física e/ou saúde, no período de 1988 (ano da inclusão da temática Saúde ao texto da Constituição Federal) a 2008 (ano em que o Ministério da Saúde incorpora os profissionais de educação física, entre outras categorias, aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF).

A pesquisa foi realizada utilizando as bases de dados *Constituição Federal de 1988 e; Legislação Federal*, ambas do sítio de senado Federal.

A base de dados *Constituição Federal* de 1988 contém o texto integral da última Carta Magna brasileira e pode ser pesquisada na linha temporal, de acordo com as emendas constitucionais posteriores, visualizando-se o texto original da Constituição, e a sua consolidação ao longo do tempo, com a promulgação das diversas emendas¹⁶.

A base de dados *Legislação Federal* contém toda a legislação republicana brasileira, inclusive com o texto integral original, conforme publicação nos veículos oficiais para quase todas as normas¹⁷.

Procedeu-se, também, a busca na página de Pesquisa de Legislação, também do Senado Federal, a qual possibilita a realização de pesquisas avançadas na base de dados de Legislação.

A EDUCAÇÃO FÍSICA E SUA INCORPORAÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atividades físicas como correr, lutar, nadar ou dançar fazem parte do cotidiano do homem desde os tempos mais remotos, entretanto, a sistematização e incorporação dessas práticas à educação sob a forma de ginástica, jogos e dança só se deu no início do século XIX, na Europa¹⁷.

No Brasil, a análise da história da educação física sugere que esta tendeu a acompanhar os modelos políticos e ideológicos vigentes, enfatizando perspectivas médico-higienistas, militaristas (década de 1930), pedagógicas (década de 1940), ou de ênfase à prática de esportes, sobretudo após a década de 1970¹⁷.

Em 1997 a Educação Física foi reconhecida como profissão da saúde e seus profissionais como potenciais integrantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁵, demarcando um importante avanço rumo a uma nova concepção de atenção, baseada na ampliação das ações de promoção e prevenção e no trabalho multiprofissional.

Outro importante avanço foi a regulamentação da Educação Física como profissão e a criação dos conselhos Federal e Estaduais, através da Lei nº 9.696/1998. Essa Lei conferiu aos PEF, a competência para coordenar, planejar, programar, supervisionar, avaliar e executar trabalhos, programas, planos e projetos, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas da atividade física e do desporto¹⁹.

O estabelecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Física²⁰ em 2004 demonstra um direcionamento da formação dos PEF ao atendimento da demanda emergente por profissionais que trabalhem a atividade física além dos aspectos pedagógicos e da prática esportiva.

Baseadas em importantes documentos dos setores saúde e educação, as diretrizes curriculares estabelecem a estrutura e organização curricular dos cursos, competências e habilidades inerentes à formação, além do perfil acadêmico e profissional do graduado, criando a possibilidade de aproximação entre a formação profissional, prevenção e à promoção, face ao novo padrão epidemiológico, ao conceito ampliado de saúde e às exigências do Sistema Único de Saúde.

Sistematizadas a partir do reconhecimento dos preceitos de autonomia e flexibilidade preconizados pela Lei de Diretrizes em Bases da Educação Nacional (Lei n. 9394/96)²¹, as diretrizes de graduação da EF possibilitam que instituições de ensino superior elaborem seus projetos pedagógicos e curriculares com ampla liberdade para interagir com as peculiaridades regionais, o contexto institucional, as demandas do mercado de trabalho e com as características, interesses e necessidades da comunidade²¹.

A possibilidade de aproximação entre a formação profissional, prevenção e a promoção, ainda se mostra insuficiente para contemplar as propostas e necessidades de atuação do PEF junto ao Sistema Único de Saúde. Questões relativas à organização e funcionamento do SUS, bem como as possibilidades de intervenção do PEF dentro do sistema poderiam, entretanto, ser mais amplamente discutidas nas diretrizes de graduação, de modo a orientar e promover maior integração entre instituições formadoras, estudantes e sistema de saúde, nos âmbitos do ensino, extensão e pesquisa. Além disso, estudos realizados com profissionais de educação Física que atuam no sistema público de saúde têm demonstrado a ausência de conteúdos relacionados à saúde coletiva nos cursos de graduação²² e dificuldades dos PEF em articular-se com as equipes da Atenção Primária em Saúde²³.

BASES POLÍTICAS E LEGAIS PARA A INTERVENÇÃO DO PEF E SUAS CONTRIBUIÇÕES AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sob a ótica da fundamentação política e jurídica, observamos que a contribuição do PEF para o Sistema de Saúde vem se evidenciando e consolidando desde a promulgação da Carta Magna de 1988, a qual determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado²⁴.

Com base na diretriz da atenção integral à saúde proposta na Constituição Federal¹⁶, e na Lei Orgânica da Saúde²⁵, entende-se que as atividades planejadas, orientadas e avaliadas por profissionais de educação física, se enquadram no conjunto de ações e serviços preventivos e curativos de caráter individual ou coletivo, que se articulam de modo a atender às necessidades da população em todos os níveis de complexidade do sistema²⁵. Assim sendo, a incorporação do PEF

ao Sistema torna-se pertinente e necessária ao atendimento do princípio da integralidade.

Seguindo essa mesma perspectiva, e considerando o parágrafo único do Artigo 3º da Lei 8.080/90²⁵, que dispõe sobre as ações de saúde destinadas a garantir às pessoas e à coletividade, condições de bem-estar físico, social e mental, a atuação de profissionais capazes de intervir sobre aspectos físicos, educacionais e de inclusão social, como é o caso do PEF, pode contribuir de forma significativa para a consecução desses objetivos.

No ano 2006 gestores municipais, estaduais e federais do SUS pactuaram responsabilidades no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde, definindo entre outras prioridades, a promoção da saúde com ênfase na atividade física regular e na alimentação saudável²⁶.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria Ministerial número 687, de 30 de março, aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde²⁷, cujo objetivo (promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes) pressupõe a incorporação do PEF ao sistema de saúde, face ao caráter transdisciplinar da atuação desse profissional, desde as questões educacionais, passando pela área do lazer e da cultura, até os aspectos morfofisiológicos da atividade física.

A Política Nacional de Promoção da Saúde representa um importante avanço para a construção de um modelo de atenção voltado para a melhoria da qualidade de vida da população e combate ao sedentarismo, o qual se consolida e fortalece a partir do financiamento a programas atividades físicas por parte do Ministério da Saúde brasileiro²⁸.

Para tanto, o Ministério da Saúde iniciou uma série de repasses financeiros que permitiram que os municípios tivessem recursos específicos para programas de promoção da saúde e da atividade física²⁸.

Em 2008, através da Portaria Ministerial nº 154 de 24 de janeiro foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais têm como objetivo, entre outras coisas, ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica e aumentar o número de profissionais vinculados às equipes do Programa Saúde da Família²⁹.

Esses Núcleos contam com profissionais de diversas formações (ginecologistas, pediatras, psiquiatras, profissionais de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais) e desenvolvem, entre outras ações, atividades físicas e práticas corporais; educação permanente em AF; capacitação de profissionais; articulações intersetoriais, além de contribuir para a ampliação e valorização dos espaços públicos de convivência para a prática de AF.

A criação dos NASF parece consolidar a contribuição da AF para a construção de um novo modelo de atenção, integrando profissionais de educação física, entre outros, à Estratégia de Saúde da Família e demarcando um importante avanço na política de recursos humanos do SUS^{14,24}.

Outra importante contribuição para a incorporação do PEF às ações e serviços do SUS foi a criação do Programa Academia da Saúde, o qual prevê a criação de polos que deverão configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde na perspectiva da promoção da saúde e da gestão do cuidado^{30,31}. Contudo, as Portarias Ministeriais que criaram e redefiniram o programa propõem o desenvolvimento de atividades físicas visando, entre outras coisas, o aumento do nível de atividade física da população (Objetivo específico nº 10)^{29,30}, sem mencionar diretamente a atuação do PEF.

Cabe, entretanto, observar que a inserção do PEF ao Sistema de Saúde por si só, não altera a situação atual de um modelo de atenção focado numa visão curativa, a qual não enfatiza a criação e aquisição de hábitos saudáveis³². Faz-se necessário que além de promover e realizar atividades físicas, esses profissionais possam interagir com usuários e equipes de saúde, de modo a construir, de forma coletiva e multiprofissional, estratégias de enfrentamento ao sedentarismo e na melhoria da condição de vida dos cidadãos.

PERSPECTIVAS

É importante salientar que a contribuição do Profissional de Educação Física para o sistema de saúde, embora consistente, necessária e promissora, ainda é incipiente, cabendo apontar algumas das perspectivas de seus avanços, de acordo

com as estratégias propostas pelas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Atenção Básica, bem como nas Diretrizes dos NASF e do Programa Academia da Saúde.

O Quadro 1 apresenta as perspectivas para a atuação dos profissionais de Educação Física junto ao SUS, bem como os objetivos esperados.

Quadro 1 - Perspectivas e objetivos da atuação dos profissionais de Educação Física junto ao SUS

PERSPECTIVA	OBJETIVO
Integração entre a formação do PEF e as estratégias de promoção da saúde do SUS	Incrementar a articulação setorial e intersetorial, mediação e comunicação entre academia e serviços de saúde, nos âmbitos do ensino, extensão e pesquisa.
Qualificação e sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde quanto a importância e incentivo à prática de Atividades Físicas.	consolidar a Atividade Física como estratégia de promoção da saúde; Estimular a prática da cogestão;
Formulação de políticas de promoção de ambientes e entornos favoráveis à prática de Atividades Físicas	Favorecer a oportunidade e o acesso à prática de atividades físicas;
Participação do PEF nas instâncias intergestoras (CIB, CIT, CONASS e CONASEMS) e de controle social (CNS, CES e CMS).	Fortalecer articulações para implantação, implementação e manutenção de políticas públicas de promoção da atividade física;
Contribuição do PEF para a implementação de modificações arquitetônicas e no mobiliário urbano	Garantir a prática de atividades físicas, sobretudo às pessoas com deficiências físicas e aos idosos;
Formulação, implantação e implementação de estratégias de reabilitação física e cardiológica baseadas em AF junto ao SUS.	Diminuir os danos causados pelas DCNT e promover a manutenção e reintegração de trabalhadores portadores dessas doenças; Diminuir despesas médicas e previdenciárias.
Participação no Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde	Participar da proposição e reestruturação dos modelos de atenção do SUS, na perspectiva da promoção da saúde e da atividade física.

Fonte: Ministério da Saúde, 2006.

Nota: Quadro criado pelos autores com base nas informações da Política Nacional de Promoção da Saúde²⁷.

DESAFIOS

Os principais desafios a serem enfrentados pelos profissionais de educação física em sua incorporação ao sistema de saúde encontram-se na formação e na

dificuldade propor estratégias mais efetivas para alterar comportamentos sedentários na população.

Algumas adequações nos currículos de formação podem contribuir para tornar a intervenção dos PEF mais efetiva e adequada à realidade e necessidades do SUS³³. Além disso, a incorporação de conteúdos ou disciplinas que inserissem estudantes de educação física nas atividades do SUS, sobretudo na atenção básica, permitiria um espaço de troca de informações e experiências bastante importante para o trabalho em equipes multiprofissionais.

Segundo Alcântara a dificuldade de integração da teoria com a prática de diferentes profissionais na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sofre influência da formação acadêmica, em sua grande maioria direcionada para uma centralização de poder em relação aos usuários dos serviços³⁴. Surge, a partir de então, a necessidade de integrar as ações e conhecimentos de diferentes profissionais, com diferentes formações e concepções, para a construção de rotinas de trabalho que atendam as necessidades do SUS e ao conceito ampliado de saúde.

Outro importante desafio consiste em propor estratégias mais efetivas para alterar comportamentos sedentários na população. Dados do Ministério da Saúde apontam importantes variações nos níveis de atividade e inatividade física em diversas capitais³⁵.

A educação física na escola, por exemplo, poderia ser melhor direcionada à perspectiva da prevenção primária, proporcionando espaços mais efetivos de incentivo à prática de atividades físicas, contribuindo assim para a formação de crianças mais ativas e, conseqüentemente, adultos mais saudáveis³⁶.

Torna-se necessário, portanto, planejar e implantar junto ao SUS, estratégias de intervenção capazes de interferir nos comportamentos sedentários, bem como direcionar ações às necessidades de diferentes grupos populacionais.

CONCLUSÕES

Profissionais de Educação Física podem elaborar ações para aumentar o nível de atividade física no lazer, deslocamentos, trabalho e ambiente doméstico em diferentes grupos populacionais, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida da população e com as estratégias de promoção da saúde, prevenção e controle de DCNTs do SUS. Além disso, podem desenvolver rotinas de reabilitação baseadas

na prática de exercícios e construir indicadores para alimentar sistemas de informações.

Quando incorporados ao planejamento, execução e avaliação de políticas de promoção da saúde, os PEF podem contribuir ainda, para a redução das despesas dos setores saúde e previdenciário, diminuindo custos com medicamentos, internações e benefícios por afastamentos do trabalho provocados por doenças evitáveis ou controláveis através da prática regular de atividade física.

Vislumbra-se, portanto, que os profissionais de educação física têm grande potencial de contribuição a dar ao SUS e que este potencial ainda é pouco explorado. . Recomenda-se, na perspectiva da consolidação do trabalho do PEF no sistema de saúde, articular os conhecimentos acerca da atividade física e da promoção da saúde, para desenvolver novas formas de trabalho efetivamente capazes de diminuir a exposição a fatores de risco modificáveis para DCNTs, sobretudo o sedentarismo.

No campo das ações e políticas de saúde, esses profissionais podem planejar, executar, avaliar e monitorar programas de incentivo à prática de atividades físicas em parques, empresas e comunidades. Além disso, podem orientar a construção de ciclovias, pistas de caminhada e outros aparatos para a prática de exercícios, além de estimular a caminhada e o ciclismo como formas de deslocamento na perspectiva da melhoria da mobilidade urbana.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization .Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Schramm JMA. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. Cad. Saúde Coletiva. 2004; 9 (4): 897-908.
3. World Health Organization. Health topics: Chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2013. [accessed 20 apr. 2012]. Available from http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/
4. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of non-communicable diseases: report by the World Economic Forum and the Harvard School of Public Health. Geneva: World Economic Forum; 2011. 47 p. [accessed 30 may 2012]. Available from http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf/

5. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
6. Tassitano RM, Bezerra J, Tenório MCM, Colares V, Barros MVG, Hallal PC. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. RBCDH. 2007; 9: 60-65.
7. Matsudo VKR, Matsudo SMM. Evidências da importância da atividade física nas doenças cardiovasculares. Rev. Diagn. Tratamento. 2000; 5 (2): 10-17.
8. Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T. Exercise, fitness and health: the consensus statement. In: Bouchard C. Exercise, fitness and health. Champaign. Illinois: Human Kinetics Books; 1990.
9. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness. Public Health Rep. 1985; 100 (2): 126-131.
10. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: 1. Conferência Internacional sobre Promoción de la Salud; 1986; Ottawa, Canadá. Ottawa: Paho; 1986. [acesso em 18 maio 2006]. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
11. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2005; 14 (1): 41-68.
12. Malta DC; Silva Junior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013; 22(1):151-164.
13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cad. Saúde Coletiva. 2000; 5 (1): 163-177.
14. Rodrigues JD, Ferreira D, Silva P, Caminha I, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Rev. bras. ativ. fis. saúde; 2013;18(1): 05-15.
15. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 218, de 06 de abril de 1997. Reconhece diversas categorias como profissionais de saúde de nível superior. Brasília; 1997.
16. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
17. Senado Federal. Portal de Legislação. Base de Dados da Legislação Republicana Brasileira. [acesso em 23 nov 2009]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/>
18. Pitanga FJG. Epidemiologia, atividade física e saúde. RBCM. 2002; 10 (3): 49-54.
19. Brasil. Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação

- Física. Brasília; 1998. [acesso em 24 nov 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9696.htm
20. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nr 058 / 2004. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Brasília; 2004.
21. Brasil. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília; 1996. [acesso em 24 nov 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm
22. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. *Physis*. 2009; 19(4): 1127-1144.
23. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev Bras de Ativ Fis e Saúde*. 2011; 16: 5-10.
24. Guarda FRB, Silva RN, Mariz JVB. Atividade Física e Saúde Pública: contribuições e perspectivas. Recife: [s.n.]; 2011.
25. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 set. 1990.
26. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regulamento dos pactos pela vida e de gestão. Brasília; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
27. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
28. Malta D, Castro AM, Cruz DKA, Gosh CS, et al. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. *RBAFS*. 2008; 13 (1): 24-27.
29. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. 25 jan 2008.
30. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 07 abr 2011.
31. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html
32. Coutinho SS. Atividade Física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª regional do estado do Paraná – Brasil [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.

33. Carvalho YM. Atividade física e saúde: onde está e quem é o sujeito da relação. RBCE. 2001; 22 (2): 9-21.
34. Alcântara FC. Estudo Bibliográfico Sobre o Processo Histórico de Atuação do Educador Físico e da sua Inserção na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral-CE [Monografia de Especialização com Caráter de Residência em Saúde da Família]. Sobral: Universidade Estadual Vale do Acaraú; 2004.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Série G. Estatística e Informação em Saúde).
36. Barros MVG, Nahas MV, Hallal PC, Farias Júnior JC, Florindo AA, Barros SSH, et al. Effectiveness of a school-based intervention on physical activity for high school students in Brazil: The Saúde na Boa Project. J Phys Act Health. 2009; 6: 163-169.

ARTIGO 2

5.2 Artigo 2 - Intervenção do Profissional de Educação Física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde

Intervenção do Profissional de Educação Física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde

Intervention of physical education professional: formation, profile and skills to perform in public health programs in Brazil

Flávio Renato Barros da Guarda

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória

Endereço: Rua Cassilândia, nº 331 Bloco 1, Apto 304 – Várzea, Recife/PE.

Fone: (81) 9984-1556. flaviodaguarda@hotmail.com

Rafaela Niels da Silva

UFPE - Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva

José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco

Maria Imaculada de Fátima Freitas

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Pedro Miguel dos Santos Neto

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz Pernambuco

RESUMO

A inserção do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde se evidencia nas políticas e programas que possibilitam e demandam sua atuação. Nesse contexto, o presente estudo visa discutir aspectos relativos à formação, perfil e competências para a intervenção dos profissionais de Educação Física no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial no Programa Academia da Saúde, considerando a contribuição de diversos autores brasileiros quanto ao ensino ou a prática em Educação Física. Esta revisão da literatura analisou estudos produzidos no país entre 1997 e 2013, investigando características de formação profissional, perfil e competências para atuação no setor saúde. A literatura revisada neste artigo aponta importantes avanços na formação em saúde visando a integralidade e a superação do modelo biomédico. Entretanto, estudos realizados sobre a intervenção do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde têm demonstrado

divergências entre o perfil necessário e a formação no ensino superior. A atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde, e, especificamente no Programa Academia da Saúde demanda o domínio de conteúdos teóricos, técnicas e vivências no campo da saúde coletiva, bem como a integração das instituições formadoras com os serviços de saúde, sobretudo através de canais permanentes de retroalimentação e discussão de problemas, avanços e necessidades.

Palavras-chave: Educação Física e Treinamento; Sistema Único de Saúde; Área de Atuação Profissional; Ensino Superior; Recursos Humanos em Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The insertion of Professional Physical Education in the Unified Health System is evident in policies and programs that enable and require its performance. In this context, this study aims to discuss aspects related to training and skills profile for the intervention of physical education professionals within the Unified Health System, particularly in the Academia da Saúde Program, considering the contribution of several Brazilian authors as teaching or practice in Physical Education. As a literature review, this paper proposes to conduct a literature analyzing the studies produced in the country between 1997 and 2013, investigating characteristics of vocational training, profile and skills to operate in the health sector. The literature reviewed in this article points to important advances in health education aiming at completeness and beyond the biomedical model. However, studies about the intervention from Professional Physical Education in the SUS have shown differences between the required profile and training in higher education. It is understood, therefore, that the role of the Professional Physical Education in the Unified Health System and specifically the Academia da Saúde Program require mastery of theoretical concepts, techniques and experiences in the field of public health as well as the integration of educational institutions with the services of health, especially through permanent channels of feedback and discuss problems, progress and needs.

Key-words:Physical Education and Training; Unified Health System; Professional Practice Location; Education, Higher; Health Manpower; Health Personnel.

INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA: FORMAÇÃO, PERFIL E COMPETÊNCIAS PARA ATUAR NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

A prática regular de atividades físicas vem sendo identificada como importante estratégia de promoção da saúde¹, pois promove uma série de benefícios

biopsicossociais^{2,3,4}, sendo considerada pelo Ministério da Saúde brasileiro como prioridade entre as estratégias da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tanto na rede básica, quanto através de ações intersetoriais e de aconselhamento e divulgação¹.

No Brasil, iniciativas vêm apresentando resultados promissores, como é o caso dos programas Agita São Paulo, Curitiba e Academia da Cidade⁵. Nesse contexto, cabe ressaltar que a Política Nacional de Promoção da Saúde serviu de suporte político-institucional para a criação de mecanismos de apoio financeiro a programas de incentivo à prática de atividades físicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que estados e municípios pudessem implantar e implementar programas e projetos de promoção da saúde com foco no incentivo à prática de atividades físicas⁶.

Entre 2006 e 2010, os municípios brasileiros que tiveram projetos submetidos e aprovados em portarias e editais do Ministério da Saúde receberam recursos para a implantação ou implementação de estratégias de promoção da saúde em eixos prioritários da PNPS. Foram investidos mais de 125 milhões de Reais em diversos municípios e no Distrito Federal, o que possibilitou uma franca expansão dos programas de promoção da saúde e da atividade física⁶.

Tais iniciativas, entretanto, necessitavam de mecanismos de transferência regular de recursos e normatização, de modo a assegurar a sustentabilidade e melhorar a custo-efetividade. Diante dessa demanda e visando contribuir para a promoção da saúde por meio da implantação de polos com infraestrutura material e pessoal qualificado para a orientação de modos de vida saudáveis, práticas corporais, atividades físicas e de lazer, o Ministério da Saúde instituiu, em 2011, o Programa Academia da Saúde⁷, a ser implantado pelas Secretarias de Saúde do

Distrito Federal e dos municípios, com suporte técnico das esferas estadual e federal do SUS.

O Programa financia a construção de polos caracterizados como espaços públicos voltados à promoção da saúde e de atividades físicas⁸, e credita aos municípios e ao Distrito Federal desenvolver as ações sob coordenação da Equipe da Atenção Primária em Saúde (APS), em articulação com toda a rede de serviços de saúde e outros equipamentos sociais, sob a normatização das políticas nacionais de Promoção da Saúde¹ e da Atenção Básica⁸.

Nesse novo contexto, cria-se um importante campo de atuação para os Profissionais de Educação Física (PEF), os quais, ao se engajarem nas atividades da APS, passam a enfrentar desafios relativos à articulação dos conhecimentos adquiridos na formação acadêmica e às (in)certezas, (ir)regularidades e improvisos do setor saúde, cujas peculiaridades deveriam ser constantemente apresentadas às instituições de ensino para que sejam consideradas na formação, perfil e competências profissionais, em processo constante de retroalimentação da formação/atuação.

Pressupõe-se, assim, que a relação entre formação e vida profissional exige interação de mão-dupla entre ensino e serviço, para que sejam agregados novos conhecimentos à prática profissional e essa última interrogue, reforce ou modifique conteúdos, perfis e competências no ensino^{9,10}.

Vale interrogar, portanto, sobre a incorporação da demanda atual do sistema de saúde no ensino da Educação Física, no que diz respeito à responsabilidade e competências exigidas para a intervenção do PEF em programas de promoção da atividade física, tais como o Academia da Saúde.

Reflexões recentes acerca da educação profissional têm incluído questões

como: i) que perfis profissionais os cursos de formação devem buscar; ii) que tipo de profissional estaria melhor preparado para oferecer serviços de qualidade e adequados às necessidades da sociedade; iii) que tipos de competências e sensibilidades devem ser esperadas de um profissional; iv) a relação entre autonomia, busca por conhecimento e motivação por parte dos profissionais; v) relação entre capacidade de resolver problemas e habilidade para aplicar soluções já estabelecidas, e; vi) a relação entre a habilidade de realizar diagnósticos antes de realizar prescrições e a capacidade de apenas fazer prescrições¹¹.

Especificamente na Educação Física brasileira, o foco das pesquisas sobre educação profissional encontra-se nos temas relativos à legislação¹², organização e diretrizes curriculares^{13,14}; e relação com o campo de conhecimento¹⁵. No entanto, a discussão sobre a organização do ensino e as demandas do setor saúde para atividades de profissionais de educação física, nesse campo, ainda é muito recente e inconclusa.

Assim, o presente estudo visa discutir aspectos relativos à formação, perfil e competências para a intervenção dos profissionais de Educação Física no âmbito do Sistema Único de Saúde, e as possíveis aplicações para a atuação no Programa Academia da Saúde, considerando a contribuição dos diferentes autores brasileiros nos âmbitos do ensino ou da prática em Educação Física, para compreender a pertinência do primeiro em relação ao segundo.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão da literatura produzida no Brasil acerca das características de formação, perfil e competências para atuação do Profissional de Educação Física no setor saúde e, em especial, no Programa Academia da Saúde,

no período de 1997 (ano em que a Educação Física foi reconhecida como profissão da saúde) a 2013 (ano da redefinição do Programa Academia da Saúde por parte do Ministério da Saúde).

Procedeu-se uma busca por publicações oficiais dos ministérios da saúde e educação brasileiros, além de pesquisa nos sítios eletrônicos da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando-se os descritores: Educação Física e Treinamento, Desenvolvimento de pessoal, Competência profissional, Perfil profissional, e, pessoal de saúde, além de suas combinações. Os critérios de seleção foram: apresentar a contextualização da formação, perfil ou competência para atuação do PEF para atuar no campo da saúde; ter sido publicado no período de 1997 a 2013; estar disponível na íntegra nos bancos de dados. Foram identificados 216 artigos, dos quais 53 foram incluídos.

AS (IN)CERTEZAS DO CONHECIMENTO ACADÊMICO E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A FORMAÇÃO E A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

O conhecimento assume um papel de destaque na formação e na atuação de diversas categorias profissionais. Importantes transformações sociais têm colocado a informação como principal recurso econômico da atualidade, diferentemente do que ocorria em períodos históricos anteriores^{16,17}. Nesse contexto, a maioria das sociedades vem experimentando mudanças que dão origem ao que Drucker¹⁸ denomina de Sociedade do Conhecimento. O acesso a dados e informações torna-se cada vez mais fácil e rápido, caracterizando o conhecimento como uma estrutura em frequente transformação, e não mais estável e imutável como se acreditava no passado¹⁷.

Como consequência desse constante processo de transição, o mercado de

trabalho é diretamente influenciado, pois a dinâmica na produção do conhecimento tem conduzido mudanças no modo de atuação de várias categorias profissionais, o que poderá acarretar alterações nas profissões já existentes, surgimento de novas e a extinção de outras nos próximos anos¹⁹.

Essas mudanças e as conseqüentes demandas profissionais produzem reflexos diretos sobre os processos de formação e aprendizagem que ocorrem para as diversas profissões, inclusive a Educação Física.

Para Freire, Vereguer e Reis:

[...] O graduando em Educação Física, futuro profissional, terá como responsabilidade a prestação de serviços à sociedade. Para isso, seu curso de graduação deverá compreender um saber profissional sobre sua área de intervenção, que lhe permita tomar as decisões mais adequadas em seu trabalho, capacitando-o para transformar o ambiente.²⁰

O saber profissional fundamenta-se na capacidade de mobilizar recursos cognitivos para o enfrentamento de diversas situações do cotidiano do trabalho, os quais compreendem dimensões conceituais, procedimentais e atitudinais inerentes à profissão²¹.

A primeira dimensão se evidencia na capacidade de ajustar o conhecimento às particularidades dos indivíduos e grupos, o que demanda o domínio de conceitos, fatos e princípios que formam o *saber sobre* o trabalho em Educação Física²⁰. Logo, o profissional deve estar apto a compreender, entre outras coisas, o contexto social, político e cultural no qual será realizada sua intervenção²², as respostas fisiológicas do exercício, suas implicações sobre o desenvolvimento motor, condicionantes e determinantes sociais e ambientais da prática de atividades físicas, a predisposição do indivíduo para a prática e vários outros aspectos inerentes à atividade física. A dimensão conceitual contribui, portanto, para que o profissional possa tomar as decisões corretas em sua intervenção²⁰.

Tais saberes, entretanto, não podem se limitar a aspectos biológicos da intervenção do profissional de Educação Física²³. Sobretudo no campo da Saúde

Coletiva, a formação profissional deve aproximar-se e incorporar questões sociais e os movimentos micropolíticos da vida^{24,9}.

A atuação no campo da saúde, e mais especificamente no Programa Academia da Saúde, demanda do PEF o domínio de conhecimentos relativos às ciências sociais e humanas²², que envolvem a capacidade de identificar, descrever e problematizar questões sanitárias, na tentativa de compreendê-las e interpretá-las²⁵.

É também importante verificar condicionantes e determinantes do processo saúde doença e da prática da atividade física²⁶ dos indivíduos e população, de modo a subsidiar a escolha de alternativas que melhor se adequem às necessidades de informação, orientação e práticas sobre o movimento humano.

Cabe ainda ao PEF identificar os objetivos e planejar as intervenções para implementação das ações mais adequadas a cada situação e público. Tais atividades compõem a dimensão procedimental inerente à profissão^{27,20}.

O conhecimento relativo às dimensões conceitual e procedimental não garantem, por si só, uma intervenção eficiente, sendo necessária a observância e a busca pelo cumprimento de normas, valores e atitudes que configuram a terceira dimensão (dimensão atitudinal). Esta constitui o *saber ser*, e é operacionalizada através de condutas e valores que caracterizem uma ação ética^{20,13}.

Essas dimensões do conhecimento fundamentam e devem guiar a preparação profissional, inclusive para a atuação no âmbito da saúde. Por outro lado, a qualidade da formação não pode limitar-se apenas ao aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver. Além do saber profissional, que caracteriza e delimita a intervenção, a formação deve estar diretamente relacionada ao papel social e político do trabalho^{9,23}.

De acordo com Bosi²⁸, o conhecimento formal é um elemento essencial, tanto para o reconhecimento social, quanto para a identidade de qualquer categoria profissional. Para a autora, a abrangência e a profundidade desse saber estruturam o núcleo propriamente dito do saber de uma profissão. Dessa forma, o ensino superior reveste-se de fundamental importância, pois oferece a base cognitiva de uma profissão^{28,29,13}.

Pode-se considerar, portanto, que uma das características fundamentais de uma profissão é a existência de um saber profissional ou conjunto de conhecimentos que são aprendidos principalmente em cursos de graduação^{28,29}.

No Brasil, esse conjunto de conhecimentos é ordenado por meio das diretrizes de formação específicas para cada curso de graduação, permitindo que as instituições de ensino de nível superior organizem seus currículos com base em critérios estabelecidos pelos Ministérios da Educação³⁰ e Saúde³¹ sem, contudo, perder a flexibilidade e a autonomia para quaisquer adaptações ou adequações às realidades regionais e locais³⁰.

Além das questões formais relacionadas ao conhecimento acadêmico, Soriano e Winterstein¹⁵ apontam que a intervenção profissional fundamenta-se fortemente nas transformações derivadas de experiências, e não de explicações científicas. Para esses autores, o conhecimento baseado na prática profissional permite compreender em que momento e em que medida os conhecimentos científicos e acadêmicos participam do processo de construção da intervenção.

Ao questionar o que deve caracterizar um curso de formação de nível universitário e a necessidade de um curso superior para a formação profissional, Bagrichevsky e Estevão³² afirmam a necessidade de uma formação mais complexa e elaborada, com maior aporte técnico-científico e nível de reflexão crítica, capaz de habilitar o indivíduo ao enfrentamento de dificuldades contextuais do cotidiano e adquirir esses mesmos conhecimentos, inclusive fora da universidade. Logo, (re)pensar finalidades, pertinências e principais problemáticas são práticas salutares de análise da legitimidade social de uma profissão³², sendo reflexão obrigatória nas instituições de formação.

Tal reflexão, entretanto, torna-se ainda mais difícil diante da complexidade e particularidades do setor saúde.

(IR)REGULARIDADES DE UM SETOR COMPLEXO: O QUE É PRÓPRIO DA SAÚDE É PECULIAR À EDUCAÇÃO FÍSICA?

A formação profissional em saúde apresenta características bastante específicas. O setor sanitário compõe o conjunto de atividades denominadas serviços de consumo coletivo e sofre as mesmas consequências do processo de ajuste macroestrutural que outros setores vêm sofrendo nos últimos anos, tais como a redução de custos, privatizações e terceirizações³³.

No Brasil, a formação de recursos humanos para a saúde é diretamente

influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária³⁴, que inaugurou uma nova forma de se pensar e atuar em saúde, transformando os processos de formação profissional³⁴⁻³⁵. Nas últimas décadas, as instituições formadoras têm se esforçado para incorporar as reflexões a respeito dos modelos de atenção e propostas de intervenção baseadas no ato de cuidar, além de estratégias de ação potencialmente mais integrais e efetivas^{36,14}.

Tais propostas, entretanto, não são suficientes para abarcar todas as necessidades de preparação profissional em saúde. Autores como Carvalho e Ceccim⁹, Akerman e Feuerwerker³⁷, e Anjos e Duarte³⁴ apontam que a formação de recursos humanos em saúde tem priorizado o caráter biológico, com centralização de conteúdos, limitando-se à transmissão de “informações” de forma enciclopédica, e baseando-se, quase que exclusivamente, no binômio doença/reabilitação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais³⁰ sugerem formações de caráter generalista, humanista, crítico e reflexivo, numa tentativa de superação da perspectiva centrada no modelo hegemônico pela aproximação com novas tendências no cuidar, o que demanda a necessidade de currículos integrados e o uso de metodologias que privilegiem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento e que contemplem “fatores de exposição”⁹. Essa construção conduz o estudante a uma melhor compreensão do processo saúde-doença e dos limites da ação uniprofissional no cuidar^{9,38}.

Formar recursos humanos para a saúde implica, portanto, na superação da visão biologicista. Consiste, segundo Vieira e Amâncio Filho³³, em articular políticas sanitárias, de ciência e tecnologia, e de educação, de modo a atender às demandas do sistema de saúde, de acordo com as necessidades da população.

Sobre a formação de recursos humanos para a saúde, Anjos e Duarte afirmam que:

“[...] favoráveis ou a contragosto, as instituições formadoras de profissionais de saúde reconhecem a necessidade de readequação de seu projeto político-pedagógico e consequente reformulação curricular”.³⁴

No projeto político pedagógico, espera-se que o cuidado integral e a promoção da saúde estejam incluídos, pois vêm sendo utilizados como principais ferramentas na tentativa de superação do modelo médico-hegemônico. Para a

utilização de tais ferramentas, os serviços básicos de saúde têm ampliado suas equipes, incorporando outras categorias profissionais, como os de Educação Física^{39,34}.

A integralidade é um eixo prioritário das políticas de saúde e pode ser analisada sob as dimensões da organização dos serviços, dos conhecimentos e práticas dos trabalhadores do setor, e da formulação de políticas sanitárias⁴⁰. Essas dimensões articulam-se às perspectivas da promoção da saúde, pois possibilitam a participação e habilitam outros atores, como usuários, gestores e demais setores da sociedade, à coparticipação e correponsabilização pela sua saúde individual e coletiva⁴¹. Nesse sentido, a perspectiva de que a integralidade configura-se como o conjunto de ações e serviços em todos os níveis de complexidade, voltados à prevenção e ao cuidado individuais e coletivos⁴² e que a promoção da saúde é uma importante estratégia para garantir às pessoas e coletividades condições de bem-estar físico, social e mental, demandam a atuação de profissionais capazes de intervir sobre aspectos físicos, educacionais e de inclusão social, como é o caso do PEF.

Embora formalmente incorporada às ações e serviços de saúde no SUS^{43,39}, a Educação Física, como uma área de atuação profissional, encontra dificuldades de adequação da formação às necessidades e realidade do sistema público de saúde brasileiro^{22,44,45}. Se, por um lado, o número de cursos, a oferta de vagas e a quantidade de egressos da graduação em Educação Física foi a segunda maior entre todos os cursos da área da saúde nos últimos anos^{46,32}, por outro, as divergências quanto ao seu objeto e propostas de intervenção desencadearam a divisão da formação em bacharelado e licenciatura^{43,47} o que trouxe reflexos ainda não superados para a formação.

As Diretrizes Curriculares de 2004⁴² estabelecem que a formação do graduado em Educação Física deve dotar os profissionais da habilidade específica para atuarem em diferentes campos que identifiquem expressões e manifestações da atividade física/motricidade humana, ou seja, nos diferentes contextos em que o movimento humano se manifesta, inclusive na saúde⁴². Entretanto, a formação em nível de graduação parece não atender às necessidades e especificidades do setor saúde^{34,48}.

Analisando a formação de PEF em instituições de ensino superior do estado

de São Paulo, Anjos e Duarte³⁴ investigaram os objetivos dos cursos, as disciplinas relacionadas à saúde coletiva, e a existência de disciplinas de estágio em serviços de saúde. Como resultados, observaram que não há direcionamento dos cursos para o campo da saúde, embora os bacharéis tenham demonstrado maior respaldo em saúde do que os licenciados. O estudo identificou, ainda, o predomínio de disciplinas focadas em abordagens curativas e a ausência de um conjunto de disciplinas de Saúde Coletiva, sendo que algumas instituições nem as contemplavam. Os autores não identificaram nenhum curso que oferecesse estágio na Atenção Primária dos serviços públicos de saúde.

Em outra pesquisa, Souza e Loch⁴⁸ atribuem parte da dificuldade de inserção e consolidação dos PEF no setor saúde ao direcionamento dos cursos de graduação, os quais, segundo os autores, têm caráter generalista para a área esportiva, em detrimento a uma pequena aproximação com a saúde coletiva.

Essas incertezas a respeito da formação e atuação, entretanto, não são exclusivas do campo da Educação Física. Alguns autores apontam a necessidade de um melhor direcionamento da formação superior para o atendimento das necessidades, particularidades e complexidade do setor saúde^{37,36,34}.

Akerman e Feuerwerker³⁷ afirmam que a abordagem do processo saúde-doença focada exclusivamente no referencial biologicista é insuficiente para qualquer intervenção em saúde, e, portanto, qualquer formação restrita a esse referencial será deficitária. Tal afirmação parece corroborar Carvalho e Ceccim⁹ ao apontarem que a discussão sobre a formação em saúde demanda tematizar o ensino no âmbito das graduações.

Para Paim e Almeida Filho³⁶, ensino e pesquisa em saúde devem direcionar-se ao serviço básico e à educação em saúde, dentro de uma visão ampla que considere as pessoas, a comunidade, a família e as relações sociais. Vários autores^{36,9,34,48} apontam os conhecimentos sobre saúde coletiva como fundamentais para o exercício profissional, instrumentalizando a compreensão sobre a organização, o funcionamento dos serviços dos serviços de saúde, as características e peculiaridades dos modelos de atenção, a epidemiologia e vigilância em saúde das comunidades, devendo ser ofertados nos cursos de graduação na área de saúde.

No contexto da saúde coletiva, a atuação do PEF no Programa Academia da

Saúde configura-se como importante desafio para a consecução dos princípios do Sistema Único de Saúde, sobretudo o da integralidade, o qual fundamenta as ações da Atenção Primária. Esse programa está incluído nas ações do primeiro nível de atenção à saúde desde 2011, sob a responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal, tendo como objetivo principal: “contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados”⁴⁹.

Esses “profissionais qualificados”⁴⁹, incluem os que atuam na Atenção Primária (Equipes de Saúde da Família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF), bem como trabalhadores de outras áreas do conhecimento para a execução de atividades específicas aos objetivos, princípios e diretrizes do Programa. Cabe ressaltar, que a atuação do PEF torna-se fundamental para o cumprimento do objetivo específico número 10 (aumentar o nível de atividade física da população) e desenvolvimento das atividades relativas ao eixo 1 (práticas corporais e atividades físicas) previstos na portaria que redefiniu o programa em 2013⁴⁹.

A intervenção do PEF nos polos do programa implica, necessariamente, em mobilizar e selecionar conhecimentos inerentes à educação física, bem como articular tais saberes aos desenvolvidos e apresentados pelos demais atores do processo de cuidado (profissionais, usuários, gestores, e demais setores), na perspectiva do trabalho em equipes multiprofissionais. Esse desafio vem sendo descrito como inerente a todas as categorias profissionais da saúde^{9,36}, e transcende a esfera do conhecimento científico e da formação acadêmica¹⁵.

Por outro lado, as demais profissões da saúde parecem estar mais ambientadas com a rotina e alguns conceitos do campo da saúde, enquanto a formação acadêmica dos PEF ainda carece incluí-los para instrumentalizar adequadamente egressos e profissionais para lidar com questões como: intersectorialidade, humanização, referência e contra referência, integralidade, clínica ampliada, apoio matricial. Esses são conceitos pouco utilizados nos cursos de graduação e pós-graduação da área⁵⁰, o que pode dificultar a intervenção desses trabalhadores junto ao setor sanitário.

PERFIL PROFISSIONAL

Para Saviani⁵¹, a relação entre educação e trabalho nem sempre foi linear. Com o surgimento da propriedade privada na antiguidade, a educação inicialmente atendia a indivíduos abastados e com sustento garantido, prestando-se mais à formação de lideranças políticas e militares do que à preparação para a inserção no sistema produtivo. Com o surgimento das cidades modernas, atribui-se à escola a função de formar cidadãos cientes de seus direitos e deveres. Ademais, os avanços ocorridos na economia, nas ciências e na tecnologia também contribuíram para que os trabalhadores escolarizados fossem reconhecidos como mais habilitados a lidar com a complexidade crescente do sistema produtivo⁵².

Para Fogaça⁵³, educação e formação profissional passaram a se integrar, principalmente por meio de dois processos: i) a globalização, definida como o conjunto de mudanças que instituíram novas formas de relação entre os países nos campos econômico, social, cultural, político e tecnológico; ii) o surgimento e crescimento de um complexo produtivo baseado na automação flexível. Nessa perspectiva, os três níveis de ensino (fundamental, médio e superior) passam a integrar as discussões da agenda da reestruturação produtiva e, conseqüentemente, das suas inter-relações com o mercado de trabalho⁵⁴, demandando maior articulação entre instituições formadoras, empresas e comunidade⁵⁵.

Tais mudanças, segundo Gondim⁵², têm conduzido as instituições formais a se reestruturarem e isso se reflete no delineamento de um perfil profissional mais compatível com a nova realidade. As novas demandas criadas a partir do fenômeno da globalização exigem profissionais com competências diversas e habilidades para lidar com várias situações. Esse perfil profissional baseia-se em três grandes grupos de habilidades, conforme aponta Gondim⁵²: a) cognitivas; b) técnicas especializadas,

e; c) comportamentais e atitudinais.

- a) **Habilidades cognitivas** – Normalmente relacionadas à criatividade, conhecimento geral, julgamento crítico, raciocínio lógico e abstrato, e solução de problemas. São obtidas principalmente através dos processos formais de educação;
- b) **Técnicas especializadas** – relacionam-se com o domínio de uma habilidade, conhecimentos de informática, língua estrangeira, operação de equipamentos e processos de trabalho;
- c) **Habilidades comportamentais e atitudinais** – Têm relação com a predisposição do indivíduo para a cooperação, responsabilidade, motivação, busca constante por aperfeiçoamento (atitude de aprender a aprender), iniciativa e ética.

Assim, o perfil se configura como referência que permite às instituições de ensino estabelecer nexos entre teoria e prática no processo de formação superior⁵², e aos graduandos conhecer o campo de trabalho e avaliar os caminhos efetivos de emprego, comparando de forma racional as habilidades que dispõem com as demandas do mercado⁵⁶ em todas as áreas profissionais, inclusive no setor saúde.

Características específicas do trabalho em saúde demandam profissionais que sejam capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades de indivíduos e comunidades, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde⁵⁷. Nesse sentido, aspectos relacionados ao indivíduo e à formação dos trabalhadores que atuam no setor saúde podem influenciar tanto na escolha da profissão e de área de atuação, quanto no trato com questões inerentes à execução do trabalho⁵⁸. O conhecimento do perfil desses trabalhadores pode revelar questões referentes à sua identificação com o trabalho e à preparação para a atuação nos serviços de saúde⁵⁷, além de contribuir para o aperfeiçoamento, tanto dos serviços quanto das instituições formadoras. Para Schiappacasse⁵⁹, a base para a organização do processo de formação, bem como a avaliação do currículo demandam a determinação desse perfil. Logo, torna-se fundamental que as instituições formadoras desenvolvam e reestruturem permanentemente os perfis das carreiras profissionais sob sua responsabilidade.

A proposta do Programa Academia da Saúde demanda que o trabalho se desenvolva na perspectiva da promoção e da intervenção sobre condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença⁴⁹, exigindo que os perfis de diferentes categorias profissionais se alinhem às características e necessidades do

trabalho interdisciplinar. No caso específico da Educação Física, a formação de nível superior parece não ter preparado os profissionais para o atendimento dos preceitos constitucionais do Sistema Único de Saúde^{48,34,60,61}.

Estudo desenvolvido por Fonseca et al.⁶⁰ aponta algumas causas para esse desencontro, destacando-se, entre outras: i) divergências entre o perfil necessário para atuar no setor saúde e a formação de docentes para o ensino superior; ii) incompatibilidade do perfil desejado para o bacharel em Educação Física (tido como muito abrangente e pouco consistente) e o atendimento ao eixo da integralidade no cuidado.

Esses autores ainda destacam a necessidade de repensar a preparação profissional para além da reserva de mercado, direcionando-a para a formação de um perfil que se identifique com o conceito ampliado de saúde, com habilidade para implementar ações coletivas e habilidade para estimular o empoderamento da população.

A autonomia para tomar decisões, solucionar problemas relativos ao trabalho em saúde e empoderar a população requer, entretanto, a renovação da formação e da prática, o que pode ser conseguido através do desenvolvimento de competências profissionais.

COMPETÊNCIAS ESPERADAS POR MEIO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A renovação das práticas pode ser alcançada pelo estímulo ao desenvolvimento de competências, o que, segundo Faustino⁶², figura como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, incentivando a reflexão crítica e viabilizando respostas às novas demandas sociais e do trabalho, favorecendo, inclusive, o desenvolvimento da cidadania.

O conceito de competência tem vários sentidos. Pode ser definida como a capacidade de utilizar habilidades, atitudes e conhecimentos; Destreza para utilizar o conhecimento visando atingir um determinado objetivo; habilidade para mobilizar conhecimentos adquiridos para a prática profissional; competência para articular saberes — saber fazer, saber ser, saber agir⁶³.

Segundo Ramos⁶⁴, competência é “[...] mecanismo subjacente que permite a integração de múltiplos conhecimentos e atos necessários à realização da ação”, sendo condição de desempenho, pois expressa os recursos articulados e

mobilizados frente a uma situação. Nesse sentido, o desempenho seria produto das competências, e várias competências podem ser requeridas para a realização de apenas uma ação⁶⁴. Para a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os conceitos de competência profissional e de formação e qualificação profissional baseado em competências surgiram nos Estados Unidos na década de 1960⁶⁵. Com a crise estrutural do capitalismo no final dos anos de 1980, a discussão sobre o modelo de competências chega ao meio empresarial, demandando ações do setor educação, em função das exigências do sistema produtivo⁶⁶. Isso se evidencia na educação a partir da LDB e das reformas educacionais orientadas e financiadas por organismos internacionais tais como o Banco Interamericano de Desenvolvimento, OIT, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), entre outros, denotando o atendimento às necessidades de articular e subordinar as ações do setor educação às necessidades do setor produtivo⁶⁶⁻⁶⁷.

A competência, portanto, caracteriza-se pela elaboração de planos e arranjos que permitem mobilizar os conhecimentos, no momento oportuno e com discernimento. É a capacidade de orquestração destes arranjos. O que caracteriza a competência de um especialista é a capacidade de dominar rapidamente situações comuns com arranjos que entram em ação automaticamente. Além disso, o especialista coordena e diferencia rapidamente estratégias de ação e conhecimentos de modo a enfrentar situações inéditas⁶⁴.

O desenvolvimento de competências apresenta-se, assim, como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais de saúde, tanto por estimular uma análise mais crítica das situações vivenciadas no ambiente de trabalho e no processo saúde-doença, quanto por possibilitar respostas às demandas sociais, contribuindo para o desenvolvimento da cidadania^{62,67}.

As perspectivas de mudança do modelo de atenção em saúde, com vistas à priorização de ações de promoção e prevenção, em detrimento das curativas¹, bem como as diretrizes, características e demandas específicas das APS requerem dos PEF competências para compreender a organização (inclusive política) e o funcionamento dos sistemas e serviços de saúde, (re)ver conceitos sobre o processo saúde-doença e trabalhar nas perspectivas da interdisciplinaridade e da intersetorialidade⁵⁰.

Importantes estudos sobre competências dos PEF em diversos campos de

atuação como escolas, academias de ginástica e na área dos esportes têm descrito que essas se relacionam basicamente às dimensões de conhecimentos, habilidades e atitudes^{50,68,69,70}.

Para a intervenção no Programa Academia da Saúde, no qual as ações serão desenvolvidas em parceria com as equipes de Saúde da Família, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros atores locais e regionais⁷, faz-se necessário que o profissional de educação física seja capaz de dominar saberes e técnicas inerentes à atuação no campo da saúde e da educação, articulando-as às experiências e peculiaridades das pessoas e da comunidade.

A noção de vínculo como ferramenta capaz de ampliar as ações dos profissionais de saúde e permitir a atuação na perspectiva da educação em saúde, discussões e atividades de grupo⁷¹, representa um importante instrumento de atuação do PEF no Academia da Saúde. O estabelecimento de vínculos com a população pode caracterizar a construção de competências para o PEF, pois congrega aspectos teóricos como território e humanização; habilidades inerentes ao campo da atividade física e da saúde coletiva, como a escuta qualificada e os comportamentos necessários ao convívio e articulação de ações com gestores, usuários e outras categorias profissionais⁷².

O trabalho junto às equipes dos NASF demanda, ainda, do PEF, a competência para lidar com questões específicas do trabalho na Atenção Primária como apoio matricial e clínica ampliada.

O Apoio Matricial é um arranjo organizacional e uma metodologia de gestão do trabalho em saúde que visa ampliar as possibilidades de ação da Equipe de Saúde da Família e do trabalho multiprofissional⁷³.

A Clínica Ampliada é a superação da clínica tradicional, fragmentada e focada na doença. Baseia-se na compreensão ampliada do processo saúde-doença, na construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, na ampliação do *objeto de trabalho*, na transformação dos *meios* ou instrumentos de trabalho, e no suporte aos profissionais de saúde⁷⁴. Busca considerar enfermidade, sujeito e contexto como focos para o estudo, o conhecimento e a intervenção, além do permitir ao PEF qualificar sua intervenção, pois exige, além do conhecimento, uma postura positiva e problematizadora do seu trabalho e da interação deste com o processo de trabalho das demais categorias profissionais⁷².

CONCLUSÃO

A inserção do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde se evidencia nas políticas e programas que possibilitam e demandam sua atuação, consolidando-se a partir da incorporação às equipes dos NASF e da possibilidade de atuação no Programa Academia da Saúde.

Entretanto, a atuação desses trabalhadores enfrenta as (in)certezas, (ir)regularidades e improvisos de um setor complexo e de um campo de atuação ainda pouco explorado e retroalimentado pelo próprio sistema de saúde e pelas instituições formadoras, pois a relação entre educação profissional e intervenção demanda interação mútua e articulação entre ensino, serviços e vivências práticas.

A literatura revisada neste artigo aponta importantes avanços na formação em saúde visando a integralidade e a superação do modelo biomédico. Estudos na área da formação em Educação Física têm contemplado questões relativas à normatização do ensino e às diretrizes curriculares, sobretudo no que se refere à atuação na escola, entretanto, as investigações sobre a organização do ensino para atender às demandas sociais geradas pela inserção dessa categoria no setor público da saúde ainda são incipientes. Nessas, evidencia-se a necessidade de aproximação da formação às demandas do trabalho em saúde, sobretudo em função da ausência de conteúdos, disciplinas, estágios e outras vivências no campo da saúde coletiva.

O descompasso entre formação acadêmica e demandas do mercado de trabalho é observado em todas as profissões da saúde, inclusive na Educação Física, e se caracteriza pela fragmentação do conhecimento, priorização do caráter biológico e reprodução de práticas prescritivas focadas na doença, protocolos e procedimentos.

O processo de reestruturação produtiva, caracterizado pela desregulamentação e flexibilização do trabalho a partir da década de 1970, conduziu a importantes transformações na preparação profissional, levando as instituições formadoras ao delineamento de perfis profissionais compatíveis com a realidade de um mundo globalizado, inclusive no setor saúde. Essas novas demandas requerem trabalhadores dotados de habilidades cognitivas, técnicas e comportamentais específicas para sua área de atuação, além da capacidade de articular

conhecimentos e práticas para trabalhar em equipe. O perfil profissional torna-se, portanto, a base para a organização do processo de formação e avaliação curricular. Entretanto, os estudos realizados sobre a intervenção do PEF no Sistema Único de Saúde têm demonstrado divergências entre o perfil necessário e a formação dos docentes do ensino superior, além da incompatibilidade do perfil desejado para o bacharel ao atendimento às demandas do Sistema Único de Saúde.

Além do perfil, a competência profissional figura como importante componente para a intervenção do PEF nos serviços de saúde, caracterizando-se como a capacidade de organizar e utilizar diferentes recursos (cognitivos, técnicos e comportamentais) para a resolução de problemas relacionados ao trabalho. Esses recursos são discutidos na produção científica da Educação Física, a qual apresenta alguns importantes estudos sobre competências do PEF para atuar na escola, em academias de ginástica e na área esportiva, porém, ainda existe uma importante lacuna no que se refere à investigação das competências do PEF para atuar no setor público da saúde.

Evidencia-se, dessa forma, que tanto formação quanto perfil e competências demandam a aquisição, organização, articulação e aplicação de conhecimentos relacionados a conceitos, procedimentos e atitudes que conformam os saberes específicos de uma profissão. Esses não se constroem, nem se consolidam apenas com reformas curriculares ou reedição de diretrizes, pois estas variam historicamente em função de diferentes contextos socioeconômicos e políticos, e em atendimento às necessidades da população e do mercado de trabalho.

Nesse sentido, a atuação do Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde e especificamente no Programa Academia da Saúde demandam o domínio de conteúdos teóricos, técnicas e vivências no campo da saúde coletiva, bem como a integração das instituições formadoras com os serviços de saúde, sobretudo através de canais permanentes de retroalimentação e discussão de problemas, avanços e necessidades. Isso poderá contribuir para o diálogo entre os atores envolvidos (inclusive alunos), para a construção coletiva, a corresponsabilização e o estímulo à criticidade em defesa da prestação de serviços de qualidade para a população.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 2 Bouchard C. Shephard, R.J., Stephens, R.J., Sutton, J. & McPherson, B. Exercise, fitness and health. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books; 1990. Exercise, fitness and health: the consensus statement.
- 3 Pate RR, Pratt M, Blair S.N, Haskell W.L, Macera C.A, Bouchard C. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995, 273:402-7.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- 5 Hallal PC, Tenório MC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DK. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saúde Pública*. 2010, 26 (1):70-78.
- 6 Malta DC, Castro AM, Cruz DKA, Gosh CS. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Atividade Física e Saúde*. 2008, 13 (1): 24-27.
- 7 Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 07 abr 2011a.
- 8 Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 15 jul 2011b.
- 9 Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p.149-182.
- 10 Mello ALSF, Moyses, ST, Moyses SJ. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14 (34): 683-692.
- 11 Tani G. Avaliação das condições do ensino de graduação em Educação Física: garantia de uma formação de qualidade. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*. 2007; 6 (2): 55-70.
- 12 Souza Neto S, Alegre AN, Hunger D, Pereira JM. A formação do profissional de educação física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2004; 25 (2): 113-128.

- 13 Tani G. Professional preparation in physical education: changing labor market and competence. *Motriz: reveduc fis.* 2013;19 (3): 552-557.
- 14 Braid LMC, Machado MFAS, Aranha AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface (Botucatu).* 2012;16 (42): 679-692.
- 15 Soriano JB, Winterstein PJ. A Constituição da Intervenção Profissional em Educação Física: interações entre o conhecimento “formalizado” e as estratégias de ação. *RevBrasEducFís Esp.* 2004; 18 (4): 315-32.
- 16 Machado NJ. *Ensaio transversais: cidadania e Educação.* São Paulo: Escrituras; 1997. O futuro do trabalho e a educação.
- 17 Fartes VLB. Formação profissional, profissões e crise das identidades na sociedade do conhecimento. *Cad. Pesq.* 2008; 38 (135): 583-585.
- 18 Drucker P. *Sociedade pós-capitalista.* São Paulo: Pioneira; 1993.
- 19 Schwartz G. *As profissões do futuro.* São Paulo: Publifolha; 2000. Aperte os cintos, o mercado sumiu!
- 20 Freire ES, Verenguer RCG, Reis MCC. Educação Física: pensando a profissão e a preparação profissional. *Rev Mackenzie de Educação Física e Esporte.* 2002; 1(1): 39-46.
- 21 Zabala A. Aprendizaje significativo: el profesor como movilizador de las competencias de sus alumnos. In: *Anais do 6. Seminário de Educação e Sociedade;* 1997; São Paulo, BR. São Paulo: Grupo Associação de Escolas Particulares; 1997. p. 1-39.
- 22 Carvalho YM. Saúde, Sociedade e Vida um olhar da educação física. *Rev. Bras. Cienc. Esporte.* 2006; 27 (3): 153-168.
- 23 Pina LD. Atividade Física e Saúde: Uma experiência Pedagógica orientada pela Pedagogia histórico Crítica. *Motrivivência.* 2008; 30: 158-168.
- 24 Merhy EE. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2003.
- 25 Nunes ED. As ciências humanas e a saúde: algumas considerações. *RevBras Educação Médica.* 2003; 27(1): 65-71.
- 26 Seabra AFT, Mendonça DM, Thomis MA, Anjos LA, Maia JA. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(4):721-736.
- 27 Coll C. e colaboradores. Os conteúdos na reforma: ensino e aprendizagem de

conceitos, procedimentos e atitudes. Porto Alegre, RS: Artmed; 2000. A aprendizagem e o ensino dos procedimentos. p. 73-118.

28 Bosi MLM. Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão. São Paulo: HUCITEC; 1996.

29 Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. São Paulo: Edusp; 1998.

30 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação; 2001. [acesso em 20 jan 2009]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.

31 Brasil. Lei no 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990.

32 Bagrichevsky M, Estevão A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. Arquivos em Movimento. 2008; 4 (1): 128-143.

33 Vieira AS, Amâncio Filho A, Oliveira SP, Garcia ACP. Panorama das graduações em saúde no Brasil. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 25-37.

34 Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. Physis. 2009; 19 (4): 1127-1144.

35 Rocha VM, Centurião CH. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: Fraga AB, Wachs F. (Org.) Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS; 2007. p. 17-31.

36 Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998; 32: 299-316.

37 Akerman M, Feuerwerker L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: Campos GWS (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 183-198.

38 Ribeiro EC. Entre a emancipação e a regulação: limites e possibilidades da Avaliação das escolas médicas [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

39 Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da República Federativa do

Brasil. 25 jan. 2008.

40 O que é integralidade em Saúde? Biblioteca Virtual em Saúde; 2007. [acesso em 20 jan 2014]. Disponível em: <http://www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=19&item=9>.

41 Buss, Paulo. Machiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cad. saúde Coletiva, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

42 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº 058 / 2004. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Brasília: Ministério da Educação; 2004.

43 Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 215, de 11 de março de 1987. Dispõe sobre a reestruturação dos cursos de graduação em Educação Física, sua nova caracterização, mínimos de duração e conteúdo. Brasília: Conselho Federal de Educação; 1987.

44 Pasquim HM. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. Saude Soc. 2010; 19 (1): 193-200.

45 Falci DM, Belisario SA. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2013 [acesso em 01 fev 2014]; 17 (47). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400010&lng=en&nrm=iso.

46 Garcia ACP, Amâncio Filho A, Vieira AS, Oliveira SP, Oliveira ES. Educação Física. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

47 BRUGNEROTTO, Fábio and SIMOES, Regina. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. Physis [online]. 2009, vol.19, n.1, pp. 149-172. ISSN 0103-7331.

48 Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. Rev Bras de Atividade Física e Saúde. 2011; 16: 5-10.

49 Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html

50 Coutinho SS. Competências do Profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011

- 51 Saviani, D. (1994). O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias.
In C. J. Ferretti, D. M. L. Zibas, F. R. Madeira, & M. L. P. B. Franco (Orgs.), *Novas tecnologias, trabalho e educação: um debate multidisciplinar* (pp. 151-68). Petrópolis: Vozes.
- 52 Gondim SMG. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*. 2002; 7(2): 299-309.
- 53 Fogaça A (Org.). *Políticas de emprego no Brasil*. Campinas: Instituto de Economia Unicamp; 1998. A educação e reestruturação produtiva. p. 30-45
- 54 Leite EM. Reestruturação produtiva, trabalho e qualificação no Brasil. In: Bruno L (Org.). *Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo: leituras selecionadas*. São Paulo: Atlas; 1996. pp. 146-87
- 55 Dowbor L. Educação, tecnologia e desenvolvimento. In: L. Bruno (Org.), *Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo: leituras selecionadas*. São Paulo: Atlas; 1996. pp.17-40
- 56 Werbel JD. Relationships among career exploration, job search intensity and job search effectiveness in graduating college students. *J VocatBehav*. 2000; 57: 379-94.
- 57 Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15 (3): 7-18.
- 58 Guarda FRB, Silva RN, Tavares RAW. Perfil sociodemográfico dos médicos que compõem equipes de saúde da família na Região Metropolitana do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. *RevPan-AmazSaude*. 2012; 3(2):17-24.
- 59 Schiappacasse E, Ramírez L, Retamal F, Pérez H, Ibáñez P. Perfil profesional del médico. *EducMédSalud*. 1984;18 (4): 359-370.
- 60 Fonseca AS, Menezes AS, Loch MR, Feitosa WMN, Nahas MV, Nascimento JV. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. *RevBras de Atividade Física & Saúde*. 2011; 16 (4): 283-288.
- 61 Rodrigues JD, Ferreira DKS, Silva PA, Caminha IO, Farias Júnior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *RevBras Atividade Física e Saúde*. 2013; 18(1):5-15.
- 62 Faustino RLH. Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 198 p.
- 63 Mota LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o

envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 363-372.

64 Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: *Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.17-26.

65 Organização Internacional do Trabalho. *Certificação de Competências Profissionais. Análise Qualitativa do Trabalho, Avaliação e Certificação de Competências: referenciais metodológicos*. Brasília: OIT; 2002.

66 Deluiz N. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do SENAC [periódico na internet]*. 2001 [acesso em 04 fev 2014]; 27 (3) . Disponível em:<http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm>.

67 Marques, CMS, Egrý EY. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. *RevEscEnferm USP*. 2011; 45(1):187-93.

68 Batista, Paula Maria Fazendeiro, Matos Zélia Maria Roque Pinto, Mesquita Isabel Maria Ribeiro, Graça Amândio Braga dos Santos. Representações dos profissionais do desporto acerca do conceito de competência profissional. *Rev. bras. educ. fís. esporte (Impr.)*

69 Feitosa, Wallacy Milton. *As competências específicas do Profissional de Educação Física: um estudo Delphi*. [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

70 Nascimento, J. V. A. (1999). *As competências específicas do profissional de Educação Física e Desportos: um estudo Delphi*. *Revista Horizonte*, v.15, n. 87, p. I-XII.

71 Campos GWS. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

72 Freitas FF, Carvalho YM, Mendes VM. Educação Física e Saúde: aproximações com a “clínica ampliada”. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*. 2013; 35 (3): 639-656.

73 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(2): 399-407.

74 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Política nacional de Humanização da atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília: Ministério da saúde; 2009. 64 p. (série B. textos Básicos de saúde).

ARTIGO 3

5.3 ARTIGO 3 - Objetivo, objeto e produtos do trabalho dos Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde

OBJETIVO, OBJETO E PRODUTOS DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

RESUMO

A finalidade deste estudo é conhecer a percepção dos profissionais de Educação Física da Região Metropolitana do Recife sobre o objetivo, o objeto de sua intervenção profissional e os produtos do seu trabalho no Programa Academia da Saúde. Para tanto, foi realizado um estudo com triangulação de métodos: qualitativo (entrevistas), quantitativo (questionários) e pesquisa documental, em uma amostra de 19 profissionais. Observou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, graduado há mais de cinco anos e não teve disciplinas ou estágios no campo da saúde coletiva durante a graduação. Identificaram a promoção da saúde como objetivo do seu trabalho. Como objetos da intervenção descrevem o indivíduo, a comunidade e a capacidade funcional, e como produtos do trabalho a melhoria do desempenho físico/funcional, a interação social e os benefícios biopsicossociais. A percepção do conceito de promoção da saúde focada na mudança de comportamentos, e a falta iniciativas para articulação com as equipes da Atenção Primária demonstram um preocupante distanciamento das propostas relativas à intersectorialidade e a perspectiva de organização de processos de trabalho multiprofissionais com vistas à integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Educação Física e Treinamento; Sistema Único de Saúde; Atuação Profissional; Processo de Trabalho; Recursos Humanos em Saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study is to know the perception of physical education professionals in the Metropolitan Region of Recife on the goal, the object of his professional intervention and the products of their work in the Academy of Health Program. Therefore, a study was conducted with triangulation methods: qualitative (interviews), quantitative (questionnaires) and desk research, a sample of 19 professionals. It was observed that most professionals are female, graduated more than five years and had no discipline or training in the field of public health during graduation. Identified health promotion as a goal of their work. As objects of intervention describe the individual, community and functional capacity, and how the products work to improve the physical / functional performance, social interaction and biopsychosocial benefits. The perception of the concept of health promotion focused on changing behavior, and lack articulation initiatives with teams of Primary demonstrate a worrying detachment of proposals on intersectionality and the prospect of organizing multidisciplinary work processes aiming at completeness of watch out.

Key words: Physical Education and Training; Health System; Professional Practice; Working process; Human Resources for Health.

INTRODUÇÃO

A incorporação do Profissional de Educação Física (PEF) ao Sistema Único de Saúde vem se consolidando a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da implantação do Programa Academia da Saúde (PAS), os quais têm permitido a interação dessa com outras categorias profissionais da saúde na perspectiva da integralidade das ações e serviços¹.

Nesse sentido, o PAS foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2011, visando contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados².

Entre os objetivos específicos do programa destaca-se o aumento do nível de atividade física da população, previsto na Portaria Ministerial que redefiniu o programa em 2013². Para tal, a intervenção do PEF torna-se fundamental, haja vista que essa categoria profissional detém a prerrogativa de atuar sobre as diferentes formas de manifestação da atividade física, em diferentes domínios e contextos³.

A intervenção do PEF nos polos do programa demanda a seleção e mobilização de conhecimentos do campo da Educação Física, além da capacidade de articular tais saberes aos desenvolvidos e apresentados pelos demais atores do processo de cuidado (profissionais, usuários, gestores, e demais setores), na perspectiva do trabalho em equipes multiprofissionais⁴.

Esse conjunto de saberes, instrumentos e meios utilizados para organizar e produzir serviços voltados à assistência individual e coletiva, caracteriza o processo de trabalho em saúde⁵.

Todo processo de trabalho é realizado buscando alcançar alguma(s) finalidade(s) predeterminada(s). Logo, é regido pela finalidade/intencionalidade, e tem seus critérios e parâmetros de realização estabelecidos em função dessa finalidade⁶.

As finalidades são expressas nos objetivos que se configuram como projeções de resultados para satisfazer necessidades e expectativas dos homens, conforme sua organização social, em dado momento histórico⁶.

A Região Metropolitana do Recife (RMR), cenário deste estudo, tem 3.743.854 habitantes, sendo considerada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a sexta mais populosa do Brasil. Além disso, concentra quase a metade dos polos do Programa Academia da Saúde em funcionamento no estado de Pernambuco⁷, e, conseqüentemente, dos profissionais de educação física que nele atuam.

Nesse sentido, a percepção que o PEF tem a respeito dos objetivos do seu trabalho no Programa pode revelar: i) os objetos sobre os quais esses trabalhadores relatam exercer sua ação transformadora; b) os meios para alcançar os objetivos propostos, e; c) os produtos gerados a partir desse trabalho.

Além disso, o conhecimento da percepção que os PEF têm sobre os objetivos do seu trabalho pode configurar-se como importante ferramenta de análise dos processos de trabalho, monitoramento e avaliação do Programa Academia da Saúde. Entretanto, não existe na literatura estudos que analisem tal percepção.

A finalidade deste estudo é conhecer a percepção dos Profissionais de Educação Física da Região Metropolitana do Recife sobre o objetivo, o objeto de sua intervenção profissional e os produtos do seu trabalho no Programa Academia da Saúde.

METODOLOGIA

Este estudo de abordagem qualitativa e quantitativa foi realizado com Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, a qual concentra 45,16% dos polos em funcionamento no estado de Pernambuco. A opção pela abordagem qualitativa deveu-se ao fato de essa adaptar-se bem para este tipo de estudo, pois seu método permite a avaliação do objeto em profundidade, no ambiente em que ocorre, proporcionando a descrição detalhada e flexível dos dados, além de verificar como o problema se manifesta no cotidiano e retratar a perspectiva dos participantes^{8,9}.

Para a coleta dos dados foram adotados a entrevista semiestruturada, a qual permite um entendimento em profundidade sobre o tema¹⁰; um questionário composto de perguntas abertas e fechadas (para captar dados quantitativos sobre o perfil sociodemográfico e de formação dos PEF), e; a pesquisa documental, a qual se caracteriza pela busca de informações em documentos que não receberam

nenhum tratamento científico ou analítico, com vistas à novas interpretações ou complementações¹¹, visando aumentar a validade dos achados através da triangulação metodológica^{12,13}.

Na entrevista aberta, foi utilizado um roteiro¹⁰ com questões sobre: o objetivo do trabalho do profissional no programa Academia da Saúde; os meios para alcançar esses objetivos; os produtos gerados a partir desse trabalho; como o trabalho do profissional contribui com a Estratégia de Saúde da Família, e; a percepção do profissional sobre promoção da saúde.

A fim de descrever o perfil dos PEF, o questionário foi composto por variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, tempo de formado, titularidade, contribuições da formação na graduação para atuar no programa, atividades desenvolvidas antes de atuar no Academia da Saúde, número de vínculos e renda).

Todos os municípios com polos do em funcionamento na RMR foram selecionados. Visando realizar uma seleção aleatória dos profissionais a serem entrevistados, sem pretensão de que esta fosse representativa da população de PEF, procedeu-se um sorteio dos polos e turnos de funcionamento, o qual gerou uma amostra de 20 profissionais, distribuídos conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife e identificação dos indivíduos sorteados para compor a amostra do estudo.

Município	Nº de Polos em Funcionamento	Nº de Profissionais Atuando nos polos	Nº de profissionais selecionados
Abreu e Lima	01	01	01
Cabo de Santo Agostinho	02	04	02
Jaboatão dos Guararapes	04	01	01
Olinda	01	01	01
Recife	38	149	15

Fonte: Prefeitura do Recife. Secretaria de Saúde.

Nota: Tabela elaborada pelos autores com base nos dados obtidos junto à Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife.

O município do Recife possui 38 polos, distribuídos nos seus seis Distritos Sanitários. Optou-se por sortear dois PEF em diferentes turnos (manhã e tarde), por Distrito Sanitário. Nos Distritos com maior número de polos foram entrevistados três profissionais, totalizando 15 indivíduos.

Duas profissionais (uma do Recife e outra de Jaboatão dos Guararapes) responderam ao questionário, mas se recusaram a responder à entrevista.

Os dados obtidos através da aplicação do questionário foram processados no software EpilInfo, versão 6.04, analisados através de procedimentos de estatística descritiva e confrontados com as respostas das entrevistas.

Os 20 questionários e 18 entrevistas foram realizadas entre julho e agosto de 2014, após autorização dos participantes. Todas as respostas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Para a análise dos dados das entrevistas e da pesquisa documental foi utilizada a técnica da Condensação de Significados¹⁴, a qual analisa passagens da entrevista relacionadas a uma questão específica do estudo. Essas são cotadas e condensadas em um quadro de *unidades naturais* dos significados das respostas dos entrevistados, em uma coluna à esquerda. Os temas centrais relacionados essas unidades constituem categorias conceituais e são posicionadas em uma coluna à direita; abaixo dessas colunas, segue-se a descrição essencial da questão analisada, conforme demonstrado no Quadro 1.

Quadro 1 - O significado natural das unidades e seus temas centrais

Condensação de Significados		Entrevistado nº 03
Questão de Pesquisa nº 1 (Na sua opinião, qual o objetivo do seu trabalho?)		
Unidades Naturais de Análise (da entrevista)	Temas Centrais	
O objetivo do trabalho é orientar os usuários pra uma vida saudável; estimular a prática da atividade física e do exercício físico também (...)	Orientar e Estimular a prática da AF como forma de melhorar a saúde.	
Descrição Essencial da Questão de Pesquisa nr 1: A profissional descreve a orientação a respeito de comportamentos relacionados à saúde e o incentivo à prática de atividades físicas como objetivos do seu trabalho, com vistas à melhoria da saúde individual.		

Fonte: Baseado no quadro de Giorgi citado por Kvale¹⁴.

Mesmo havendo saturação das respostas, optou-se por entrevistar todos os profissionais, na tentativa de encontrar impressões distintas, mesmo nas últimas entrevistas. A análise dos dados permitiu recombinação das evidências quantitativas, qualitativas e da pesquisa documental, confrontando-as com a teoria, visando a convergência dos resultados, de forma mais consistente^{12,13}.

A pesquisa documental buscou analisar como os documentos técnicos e oficiais do Ministério da Saúde abordam o incentivo à prática de atividades físicas no contexto do Programa Academia da saúde e como esses documentos descrevem o trabalho do PEF.

Realizou-se uma busca no sítio da Biblioteca do Ministério da Saúde¹⁵ através dos links: publicações, cadernos, livros; cartilhas, guias e manuais; relatórios; cartaz/folder, além das portarias Ministeriais que instituem e regulamentam o programa e das políticas nacionais de Atenção Básica e de Promoção da Saúde.

Este estudo faz parte do projeto de doutorado desenvolvido pelo primeiro autor, intitulado: “Análise dos processos de trabalho dos profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife”. Visando garantir o anonimato, todos os entrevistados foram identificados por códigos. Além disso, foram informados sobre os procedimentos e assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética na Pesquisa da Fiocruz Pernambuco, através do Parecer nº 688.676, conforme a resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados qualitativos, quantitativos e da pesquisa documental foram organizados de acordo com: a) caracterização do perfil sociodemográfico e de formação dos PEF; b) percepção dos objetivos do programa; c) percepção dos objetivos do trabalho do PEF no programa; d) o conceito de promoção da saúde entre os Profissionais de Educação Física do Programa Academia da Saúde; e) identificação dos objetos da ação profissional, e; f) produtos gerados pelo trabalho nos polos.

Caracterização do perfil sociodemográfico e de formação

A maioria dos profissionais era do sexo feminino (60%), casado (50%) e maior de 30 anos (85%). Verificou-se que 78,9% estava formado há mais de cinco anos e a maior parte destes (65%) havia concluído a graduação em licenciatura plena em Educação Física pela Universidade de Pernambuco. Com relação à renda média (soma das fontes de renda do indivíduo), 68,8% dos PEF informou receber entre cinco e oito salários mínimos, sendo que 78,9% relataram possuir duas ou mais fontes. Essas características sociodemográficas e de formação assemelham-se às encontradas em outros trabalhadores de nível superior que atuam na APS, no que se refere ao sexo, faixa etária e renda^{16,17}. Contudo, não foi possível estabelecer comparações com outros Profissionais de Educação Física, devido à ausência de estudos que identificassem o perfil desses trabalhadores no campo da saúde.

Ainda em relação à formação inicial, 90% relatou não ter cursado disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva/Saúde Pública na graduação, e outros 85% disseram não ter realizado nenhum estágio nessas áreas durante a graduação. Verificou-se, ainda, que apenas 20% considerou que o curso de graduação proporcionou uma boa preparação para atuar no Academia da Saúde. Esse descompasso entre a formação inicial em Educação Física e as demandas do setor público da saúde já foi identificado por Anjos e Duarte¹⁸, em estudo com escolas formadoras do estado de São Paulo, e pode justificar o pequeno percentual de indivíduos que considerou que a graduação proporcionou uma boa preparação para atuar no Programa.

Nenhum dos entrevistados possuía título de mestre ou doutor. Entretanto, o percentual de profissionais que possuem cursos de especialização (60,0%) encontra-se um pouco abaixo do identificado em outros estudos com trabalhadores da APS^{19, 17}.

A tabela 2, a seguir, apresenta a descrição do perfil socioeconômico e de formação dos PEF que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

Tabela 2 – Perfil sociodemográfico e de formação dos Profissionais de Educação Física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife – 2014.

Variável	N	%
Sexo		
Fem	12	60,0
Masc	8	40,0
Faixa Etária		
20-29	3	15,0
30-39	14	70,0
40-49	2	10,0
50-59	1	5,0
Estado Civil		
Solteiro	7	38,0
Casado	9	50,0
Viúvo	1	5,6
Divorciado	1	5,6
Instituição formadora (graduação)		
UFPE	6	30,0
UPE	13	65,0
Fac. Salesiana	1	5,0
Contribuições graduação para atuar no programa		
Não me preparou para atuar no programa		
Preparação Insuficientemente	2	10,0
Preparação Regular	7	35,0
Boa Preparação	7	35,0
Ótima Preparação	4	20,0
Disciplinas Saúde Pública/Coletiva durante a graduação		
Sim	2	10,0
Não	18	90,0
Participação em Estágio Saúde Pública/Coletiva (graduação)		
Sim	3	15,0
Não	17	85,0
Tempo de Formado (anos)		
1-5	3	15,8
6-10	9	47,4
11-15	5	26,5
>15	2	10,6
Titulação		
Apenas Graduação	8	40,0
Especialização	12	60,0
Residência	-	-
Mestrado	-	-

Doutorado	-	-
Desenvolvia outra Atividade Antes de Atuar no programa		
Sim	15	75,0
Não	5	25,0
Número de Vínculos Empregatícios		
01	4	21,1
02	14	73,7
03	1	5,3
Renda Média (em salários mínimos)		
Menos de um	-	-
De 1 a 3	1	6,3
Mais de 3 até 5	4	25,0
Mais de 5 até 8	11	68,8
Mais de oito	-	-

Fonte: PEF que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

Nota: Tabela elaborada pelos autores com base nos resultados da pesquisa.

Embora a realização de palestras alcance uma grande quantidade de pessoas e contribua com o incentivo à adoção de estilos de vida mais ativos e saudáveis²⁸, a centralização do trabalho nas orientações referentes a comportamentos relacionados à saúde, através de atividades de “educação em saúde” (citadas pelos profissionais), colocam o usuário em uma posição passiva no processo de cuidado e podem caracterizar o PEF como detentor de um conhecimento que nem sempre é capaz de resolver os problemas de saúde da população, pois a repetição sistemática de campanhas simplistas que apontam relações lineares de causa e efeito tendem a diminuir as chances de essas mensagens alterarem o comportamento dos indivíduos²⁹. Além disso, essas ações normalmente desconsideram a premissa de Freire que aponta que “*ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou para sua construção*”³⁰.

Essa centralização nas atividades de orientação também foi identificada por Alencar et al.³¹, ao investigarem a percepção da equipe de enfermagem sobre promoção da saúde. As autoras indicam que aqueles profissionais fragilizam sua atuação através do uso indevido da educação em saúde, a qual muitas vezes se limita à realização de palestras para grupos específicos.

Produtos gerados pelo trabalho nos polos do Programa Academia da Saúde

Os entrevistados também foram questionados sobre o que eles identificam como produtos do seu trabalho. Quanto a isso, destacaram-se a melhoria do desempenho físico/funcional, a interação social e os benefícios biopsicossociais:

A gente pode dividir isso, eu acho, na minha visão, de duas formas: a parte física que a gente observa a melhoria de flexibilidade, de independência física e a parte de saúde mental que é o fato dos usuários estarem inseridos num grupo de convivência realmente e a partir daí criar um grupo de convivência e assim melhorar aspectos mentais. (PEF 11).

Em relação ao produto do trabalho em saúde, Pires³², identifica que este é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade. A diversidade de produtos identificada nas falas dos PEF pode ser resultado das diferentes realidades individuais e coletivas dos polos onde acontecem as atividades, e reflete a complexidade do trabalho no setor saúde, o qual, segundo Offe³³ caracteriza-se pela imprevisibilidade da demanda, pelo momento em que acontece o consumo e pelo tipo de serviço que será realizado.

Embora a percepção dos produtos se aproxime do previsto nas diretrizes do Academia da Saúde, evidenciou-se a falta de articulação entre o trabalho desenvolvido nos polos e as atividades das equipes de saúde da família, caracterizando uma distorção dos objetivos do programa, da promoção da saúde e da atenção primária. Quando perguntados sobre as contribuições do seu trabalho para a Estratégia de Saúde da Família, emergiram percepções relacionadas à falta de contato com as equipes da APS, ou dificuldades de identificar potenciais estratégias de articulação com essas equipes:

Na verdade, a gente não tem uma prática vinculada ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Isso é uma deficiência que a gente tem no Programa, a questão dessa falta de um trabalho multiprofissional. A gente tá integrado à rede, mas, dentro do próprio saúde da família a gente não tá inserido. Essa é a minha visão. (PEF 5).

Tal dificuldade de trabalhar em equipe na APS já foi identificada por Souza e Loch²², em estudo com PEF do estado do Paraná. Cabe ressaltar, entretanto, que esse quadro compromete significativamente o princípio da integralidade³⁴, limitando o cuidado às ações dos PEF e fragmentando a atenção, sobretudo porque o compartilhamento de práticas entre equipes de saúde da família, equipes dos NASF

e outros atores do território com o Academia da Saúde está previsto na Política Nacional de Atenção Básica²¹, e nas portarias que regulamentam o próprio Programa^{21, 2}, como atividades fundamentais de promoção de saúde e integralidade do cuidado.

Os entrevistados não referem nenhum tipo de busca por articulações intersetoriais para a realização de suas ações de promoção da saúde, o que parece indicar um certo despreparo da categoria para atuação na APS (já verificado na análise dos dados quantitativos referentes à formação inicial), tendo em vista que outras categorias profissionais, como a enfermagem, por exemplo, já demonstram essa busca por parcerias³¹.

As diretrizes do programa e sua aproximação com a realidade dos polos do PAS

A análise da pesquisa documental realizada nas publicações do Ministério da Saúde revelou que além das portarias normativas do Ministério da Saúde, o Programa Academia da Saúde é citado em quatro importantes documentos oficiais: i) na Política Nacional da Atenção Básica²¹; ii) nos Cadernos da Atenção Básica referentes ao NASF³⁵; iii) nos Cadernos da Atenção Básica referentes à Saúde Mental³⁶ e; iv) em um livro sobre cuidados das condições crônicas na Atenção Primária³⁷. Todos esses documentos descrevem a necessidade de integração das ações do Academia da Saúde com as demais atividades desenvolvidas com as equipes da APS.

O Programa Academia da Saúde define-se como um ambiente que tem o intuito de realizar atividades pertinentes a promoção saúde e a execução do cuidado e hábitos saudáveis, sob responsabilidade da esfera administrativa pública, e acessível a todos os indivíduos².

Nesse espaço deverão acontecer atividades relacionadas à prática de atividades físicas e de lazer, as quais serão orientadas por profissionais de saúde². Entretanto, a análise documental revela a falta de uma definição clara sobre a intervenção do PEF. Embora a portaria que institui o programa² descreva que os polos serão constituídos por infraestrutura material e pessoal qualificado, essa não delimita as atividades a serem desenvolvidas pelo PEF, deixando-as implícitas, apenas no objetivo específico número 10 (aumentar o nível de atividade física da

população) e no incentivo à prática da atividade física, proposto no seu eixo número um, se levamos em consideração que a prerrogativa para a atuação sobre as diversas manifestações do movimento humano é atribuída a esses trabalhadores através das Diretrizes Curriculares de formação³ e da lei federal que regulamenta a profissão³⁸. O mesmo se aplica aos demais documentos oficiais, os quais mencionam a integração das ações do programa com as atividades das equipes da APS no incentivo à prática de atividades físicas, porém sem descrever que objetivos, meios e produtos se esperam dessa articulação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triangulação dos dados qualitativos, quantitativos e da pesquisa documental revela a percepção da promoção da saúde como função do programa e como objetivo do trabalho dos PEF. Essa percepção demonstra coerência entre as propostas do Academia da Saúde e o que os Profissionais de Educação Física pretendem realizar no seu trabalho. Entretanto, a operacionalização dessas atividades através do incentivo à prática de atividades físicas e realização de palestras e rodas de conversa voltadas à mudança de comportamentos relacionados à saúde, nem sempre correspondem ao que os profissionais identificam como produtos desse trabalho.

Além disso, a percepção simplista do conceito de promoção da saúde, focada na mudança de comportamentos, e a falta iniciativas para articulação com as equipes da Atenção Primária demonstram a fragmentação do cuidado e um preocupante distanciamento das propostas relativas à intersetorialidade e à perspectiva de organização de processos de trabalho multiprofissionais com vistas à integralidade da atenção, previstas nas diretrizes da Atenção Básica e do próprio programa.

Revela-se, com isso, a necessidade de maiores investimentos, tanto na formação inicial, quanto na educação permanente em serviço, de modo a adequar a atuação às demandas do programa e da rede de serviços em saúde, orientar e fomentar estratégias de trabalho em equipes multiprofissionais e ações intersetoriais, além de capacitar e estimular esses profissionais a desenvolver novas

práticas, capazes de fortalecer a participação comunitária e a articulação com os demais atores do processo de cuidado.

A proposta de análise da percepção que os PEF têm sobre os objetivos do seu trabalho neste estudo, supera a perspectiva da definição desses objetivos como prerrogativa exclusiva de grupos restritos e situados em posições hierárquicas mais elevadas nas instituições, ao mesmo tempo em que considera como fundamental a possibilidade de o trabalhador deliberar sobre o conjunto da sua produção social no campo da saúde, a qual é fundamentalmente marcada pelo trabalho vivo em ato e, conseqüentemente, pela autonomia do profissional.

Entretanto, mesmo compreendendo que operacionalização da promoção da saúde requer diferentes intervenções sobre variados fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença, e que um programa com essa perspectiva demande o trabalho multidisciplinar, em equipes multiprofissionais que podem variar em função do perfil da população/território a serem atendidos, a falta de definição sobre o papel e atribuições do PEF limita a definição de objetivos, estratégias e meios para o desenvolvimento das atividades, o planejamento e a avaliação das ações que são inerentes a esses trabalhadores, além de comprometer a proposta de articulação das ações dentro da rede de serviços da atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues JD, Ferreira D, Silva P, Caminha I, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev. bras. ativ. fis. saúde* 2013;18(1): 5-15.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013*. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013a. [acessado 01 fev 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html
3. Brasil. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES nº 058 / 2004*. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Brasília: Ministério da Educação; 2004.
4. Guarda FRB, et al. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. *Rev Pan-Amaz Saude* 2014; 5(4):XX-XX [NO PRELO].

5. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.
6. Faria H, Werneck M, Santos MA. *Processo de trabalho em saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
7. Pernambuco. Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária. *Relação dos Municípios Contemplados ao Custeio das Ações do Programa Academia da Saúde*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde; 2013. [acessado 10 nov 2013]. Disponível em: <http://geqap.blogspot.com.br/2013/10/monitoramento-nacional-do-programa.html>.
8. Strauss A, Corben J. *Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Ludke M, Anfié MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU Editora; 1986.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
11. Oliveira MM. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes; 2007.
12. Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
13. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
14. Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks: Sage; 1996.
15. Ministério da Saúde. *Portal do Departamento de Atenção Básica: Biblioteca [base de dados]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [acessado 12 nov 2013] Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>
16. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA, Paniz VV, Teixeira VA. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(supl. 1):193-201.
17. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev. Esc. Enferm.* 2010; 44(3):657-64.
18. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. *Physis* 2009; 19 (4): 1127-1144.

19. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC, Rodrigues CAQ. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2013; 8 (27): 90-96.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. Souza SCD, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde* 2011; 16: 5-10.
23. Buss P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CEM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 39-54.
24. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CEM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p.01-07.
25. Traverso-Yépez MA. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da Política nacional. *Interface* maio/ago. 2007; 11(22): 223-238.
26. Silva RN. A Promoção da Saúde no SUS. In: Guarda FRB. *Atividade Física e Saúde Pública: contribuições e perspectivas*. Recife: [s.n.]; 2011. p. ?
27. De Seta MH, Reis LGC. As vigilâncias do campo da saúde: o risco como conceito fundamental e a caracterização dos seus processos de trabalho. In: Oliveira RG, Graboys V, Mendes WV, organizadores. *Qualificação de gestores do SUS*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. p. 219-262.
28. Gomes MDA, Duarte MDFDS. Efetividade de uma Intervenção de Atividade Física em Adultos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família: Programa Ação e Saúde Floripa - Brasil. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2008; 13: 44-56.
29. Radley A. *Making sense of illness: the social psychology of health and disease*. London: Sage; 1994.
30. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2003. p. 22.
31. Alencar DL, Brito ALRO, Lisboa KWSC. Promoção da saúde na estratégia de saúde da família: percepção da equipe de enfermagem do Crato-CE. *Rev Bras Promoç Saúde* 2012; 25(4): 420-425.

32. Pires D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53:251-63.
33. OFFE, C. *Trabalho e Sociedade*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1991.
34. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set. 1990.
35. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
36. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.
37. Mendes EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
38. Brasil. Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. *Diário Oficial da União*, 2 set. 1998.

ARTIGO 4

5.4 Artigo 4 - Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho

CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPES DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E DO SEU PROCESSO DE TRABALHO

CHARACTERIZATION OF PHYSICAL ACTIVITY PROGRAM TEAMS AND THEIR WORK PROCESS

CARACTERIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE PROGRAMA ACADMIA DE SALUD Y SU PROCESO DE TRABAJO

RESUMO

O objetivo deste artigo é conhecer as características das equipes que atuam no programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho. Estudo exploratório-descritivo, com abordagens quantitativa e qualitativa com 18 profissionais de educação física. A maior parte dos profissionais é do sexo feminino, graduou-se há mais de cinco anos e não cursou disciplinas de saúde coletiva durante a formação inicial. Seus processos de trabalho caracterizam-se pela precariedade do material utilizado nas aulas de ginástica, participação ineficiente da coordenação do programa no planejamento, execução e avaliação das ações e dificuldades de articular as atividades do programa às demais ações e serviços na rede de Atenção Primária. Evidencia-se a necessidade de maiores investimentos na formação inicial e em serviço, de modo a qualificar as atividades nos polos e no território.

Palavras-chave: Educação Física; Sistema Único de Saúde; Recursos Humanos em Saúde; Processo de Trabalho.

ABSTRACT

The aim of this paper was to learn the characteristics of teams that operating in Academia da Saúde program from Recife Metropolitan Region (Pernambuco State-Brazil), and identifying its difficulties in the work process. We conducted an exploratory-descriptive study, with quantitative and qualitative approaches with 18 physical education professional. Most professionals are female, graduated more than five years and didn't perform disciplines of public health during the initial training. Their work processes characterized by poor material used in fitness training, inefficient participation of program coordination in planning, implementation and evaluation of actions and difficulties to linking program activities to other programs and services in the Primary Care Network. Highlights the need for greater investment in initial training and in-service training, in order to qualify the activities of the program.

Key Words: Physical Education; Unified Health System; Health Manpower; Work Process.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es conocer las características del personal que trabaja en programa Academia de Salud de la Región Metropolitana de Recife, e identificar las dificultades que enfrentan en su proceso de trabajo. Estudio exploratorio descriptivo, con enfoques cuantitativos y cualitativos con 18 profesionales de educación física. La mayoría son mujeres, se graduaron más de cinco años y no estudiaron la salud pública. Sus procesos de trabajo caracterizados por la mala material utilizado en las clases de acondicionamiento físico, participación ineficiente de la coordinación en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones y dificultades de vincular las actividades del programa a otros servicios en la Red de Atención Primaria. Destaca la necesidad de mayor inversión en la formación inicial y en servicio con el fin de calificar las actividades en los polos y en el territorio.

Palabras Clave: Educación y Entrenamiento Físico; Sistema Único de Salud; Recursos Humanos en Salud; Proceso de Trabajo.

INTRODUÇÃO

O incentivo à prática regular de atividades físicas tem se fortalecido como estratégia de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, sendo incorporado como estratégia prioritária nas políticas de saúde do Brasil¹⁻³.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem promovido a incorporação do Profissional de Educação Física (PEF) a diversas estratégias e programas, de modo a contribuir com a ampliação do escopo das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo através da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Academia da Saúde⁴⁻⁷.

O Programa Academia da Saúde (PAS) foi instituído em 2011 com o objetivo de implantar polos com infraestrutura e pessoal qualificados para contribuir com a promoção da saúde e a produção do cuidado^{5,6}, sendo descrito em importantes políticas e programas de saúde^{3,8,9}, como elemento integrador das ações na perspectiva do cuidado integral e da reorganização de processos de trabalho com foco na promoção da saúde e na interdisciplinaridade.

Essa integração das ações individuais e coletivas voltadas ao cuidado em saúde demanda a redefinição de processos de trabalho, que são caracterizados pela predominância do trabalho vivo em ato, de base relacional¹⁰, o qual prioriza a

autonomia e as relações entre profissionais, comunidade e família, além das relações e articulações entre os diferentes atores nas equipes da APS^{11,12}.

Processos de trabalho, portanto, configuram-se como o conjunto de meios e saberes para se organizar a produção de um serviço¹³, e, no âmbito da saúde, enfatizam a mobilização de atributos de conhecimentos, habilidades e atitudes direcionados à promoção do cuidado¹⁴.

A Região Metropolitana do Recife (RMR) concentra 45,16 % dos polos do PAS em funcionamento no estado de Pernambuco, com cerca de 110 profissionais de educação física atuando em cinco municípios¹⁶. Torna-se, portanto, necessária a identificação desses profissionais e das dificuldades que esses encontram em seu processo de trabalho, de modo a subsidiar estratégias de avaliação e (re)adequações, tanto dos serviços, quanto da formação acadêmica, visando a melhorar o atendimento à população. Entretanto, até o presente momento, não existem na literatura, estudos que descrevam as características ou os processos de trabalho desses profissionais.

O objetivo deste artigo é conhecer as características das equipes que atuam nos polos do programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa, com 18 PEF que atuam em quatro dos cinco municípios da Região Metropolitana do Recife (Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Recife) que possuem polos do Programa Academia da Saúde.

A opção por uma metodologia mista visa aumentar a validade dos achados através de triangulação metodológica^{16,17}, compreendendo que diferentes maneiras de coletar e analisar dados permitem ampliar o entendimento sobre a complexidade dos fenômenos¹⁸. Considera-se, portanto, que ambos os métodos se integram e se complementam, pois o quantitativo tem simplicidade analítica e facilidade de demonstração dos achados¹⁸, ao passo que o qualitativo permite a avaliação do objeto *in loco* e em profundidade, possibilitando descrever os dados de forma detalhada e flexível, identificando a perspectiva dos participantes^{19,20}.

Mesmo tratando-se de uma amostra intencional, estabeleceu-se como critérios de inclusão: a) seleção de municípios que possuam polos do PAS em funcionamento há, no mínimo, um ano; b) Profissionais que atuassem no PAS há mais de um ano nos polos, e; c) realizar atividades regulares no polo, pelo menos três vezes durante a semana. O município de Jaboatão dos Guararapes não foi incluído neste estudo por não atender a esses critérios.

Considerando que a cidade do Recife conta com 38 polos, distribuídos em seis Distritos Sanitários, realizou-se um sorteio (proporcional ao número de polos por distrito) de 14 profissionais, contemplando, no mínimo dois por distrito sanitário, em diferentes turnos de funcionamento (manhã e tarde), de modo a garantir um mínimo de aleatoriedade na escolha dos entrevistados.

Os dados foram coletados durante os meses de julho e agosto de 2014, através de uma entrevista semiestruturada, a qual possibilita a compreensão do tema em profundidade²¹, além de um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, visado identificar o perfil dos PEF.

Para a entrevista utilizou-se um roteiro²¹ com questões relativas a: a) os insumos para a execução do trabalho e avaliação das ações; b) articulação do trabalho no polo com as equipes da Atenção Primária; c) articulação com a coordenação do programa para o planejamento, execução e avaliação das ações, e; d) como os demais atores do processo de cuidado podem contribuir para potencializar o trabalho desenvolvido nos polos do Programa.

O questionário contemplou variáveis sociodemográficas, de formação e relativas às formas de contratação para atuar no programa (idade, sexo, tempo de formado, titularidade, participação em disciplinas ou estágios na área da saúde coletiva durante a graduação; forma de contratação e tipo de vínculo com o programa).

A análise dos dados das entrevistas utilizou a técnica da Condensação de Significados²². Essa analisa segmentos das falas dos entrevistados que tenham relação com questões do estudo. Os segmentos relevantes são condensados em um quadro onde se identificam *unidades naturais* dos significados das respostas, os temas centrais inerentes a essas unidades e a descrição essencial da questão analisada, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - O significado natural das unidades e seus temas centrais

Condensação de Significados		Entrevistado nº 01
Questão de Pesquisa nº 04 (Que instrumentos você utiliza para avaliar as atividades que desenvolve no programa?).		
Unidades Naturais de Análise (da entrevista)	Temas Centrais	
Em relação a instrumento, o único que eu consigo identificar agora é a avaliação física, porém pra você fazer uma avaliação física como o programa solicita, precisa-se ter todos os equipamentos. Hoje nós não temos todos os equipamentos, então a gente não consegue ter dados para fazer comparação da evolução a aptidão...	Faltam equipamentos para avaliar a evolução da aptidão física dos usuários.	
Descrição Essencial da Questão de Pesquisa nº 01:		
O profissional identifica a avaliação física como principal insumo para a avaliação do seu trabalho, porém, falta de material inviabiliza a execução dessa tarefa.		

Fonte: Baseado no quadro de Giorgi citado por Kvale²².

Optou-se por realizar todas as entrevistas, mesmo havendo saturação das respostas, buscando-se encontrar diferentes percepções, mesmo nas últimas entrevistas.

Todos os entrevistados foram identificados por códigos. Esses foram informados sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa da Fiocruz Pernambuco, através do Parecer nº 688.676.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da triangulação dos dados obtidos através dos métodos quantitativos e qualitativos foram classificados de acordo com: a) características sociodemográficas e de formação; b) Características e dificuldades do processo de trabalho, e; c) atores do processo de cuidado e suas potenciais contribuições para a melhoria dos processos de trabalho.

Características Sociodemográficas e de Formação

Observou-se que 55,5% dos entrevistados são mulheres, com idade acima de 30 anos (88,9%). Embora informações acerca do perfil dos PEF que atuam no setor saúde ainda sejam incipientes na literatura²³, nossos achados se aproximam dos dados encontrados em estudos com outros trabalhadores que atuam no SUS^{24,25}.

A maioria dos profissionais (78,9%) graduou-se há mais de cinco anos. 88,9% informou não ter cursado disciplinas de Saúde Coletiva ou Saúde Pública, e 83,3% não realizou estágios nessas áreas. Esse tempo de formação, embora contribua para aumentar o acervo de experiências para atuação profissional, pode configurar-se como um distanciamento entre as transformações ocorridas no mercado de trabalho em saúde e as adaptações das instituições formadoras para atender a essa demanda. O status profissional da Educação Física foi garantido a partir da sua inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações em 2002^{23,26}, e a incorporação formal da categoria ao sistema público de saúde se dá a partir da criação dos NASF em 2008⁴. Nesse sentido, é possível que as instituições que formaram PEF até 2009 (há mais de cinco anos), não tenham adaptado seus currículos para atender a esse novo perfil, o que pode justificar, inclusive, o grande contingente de profissionais que não cursou disciplinas e/ou estágios no campo da Saúde Coletiva.

Verificou-se que 44,4% dos profissionais possuía curso especialização. Esse contingente encontra-se abaixo do identificado por Costa et al²⁷, os quais verificaram que 81% dos profissionais de saúde de Montes Claros/MG possuíam tal formação. Entre esses, 62,5% havia concluído a pós-graduação em Fisiologia do Exercício ou Atividades Físicas Adaptadas. O conhecimento nessas áreas fundamenta uma parte da atuação do PEF, principalmente no que se refere à prescrição de exercícios e adequação de atividades para diferentes grupos populacionais²⁸. Por outro lado, nenhum dos entrevistados possui curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. Em estudo com profissionais de saúde que atuam na APS no Sul e Nordeste do Brasil, Tomasi et al.²⁴ apontam que cerca de 45% desses possui cursos de pós-graduação em saúde coletiva. O conhecimento no campo da saúde coletiva é fundamental para o entendimento da organização e funcionamento dos serviços, identificação de condicionantes e determinantes do processo saúde-doença dentro e fora das comunidades e possibilidades de atuação em equipes multiprofissionais²⁹⁻³¹, sendo, portanto, fundamentais à atuação do PEF no Programa.

83,33% dos profissionais têm contrato de trabalho estatutário, devido ao fato de os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Recife terem realizado concurso público para o PAS. O predomínio de profissionais selecionados através de concurso público, com contrato de trabalho estatutário assegura os direitos trabalhistas e pode contribuir para a continuidade do trabalho e para o

estabelecimento de vínculos do profissional com os usuários e com o serviço de saúde³². Essa estabilidade, entretanto, não é uma característica tão comum entre os trabalhadores do sistema público de saúde, sobretudo, na APS, onde o vínculo precário ainda é uma realidade em vários municípios³², contribuindo para a rotatividade de profissionais³³.

A tabela 1 apresenta a caracterização dos PEF que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais de educação física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.- 2014

Variável	N	%
Sexo		
Fem	10	55,5 5
Masc	8	44,4 4
Faixa Etária		
20-29	2	11,1 1
30-39	14	77,7 7
40-49	2	11,1 1
50-59	-	-
Tempo de Formado (anos)		
1-5	3	16,6 6
6-10	9	50,0 0
11-15	5	27,7 7
>15	1	5,50
Disciplinas Saúde Pública/Coletiva durante a graduação		
Sim	2	11,1 1
Não	16	88,9 0
Participação em Estágio Saúde Pública/Coletiva (graduação)		
Sim	3	16,6 6
Não	15	83,3 3
Titulação		
Apenas Graduação	10	55,5 5
Especialização	8	44,4 4
Residência	-	-
Mestrado	-	-
Doutorado	-	-
Área de estudos da pós-graduação (Especialização)		
Educação Física Escolar	1	12,5

Atividade Física Adaptada	2	25,0
Fisiologia do Exercício	5	62,5
Forma de Seleção para atuar no programa		
Concurso Público	15	83,3
		3
Contratação a convite de pessoa ligada à gestão municipal	1	5,55
Contratação através e Seleção Pública para a Vaga	2	11,1
		1
Tipo de Contrato de Trabalho		
Estatutário	15	83,3
		3
Contratação Temporária	3	16,6
		6

Fonte: PEF que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

Nota: Tabela elaborada pelo autor com base no resultado da pesquisa.

Características e Dificuldades do Processo de Trabalho

Em relação aos insumos para a execução das ações no PAS, os profissionais relataram utilizar aparelhos de som, garrafas pet cheias de areia (em substituição aos halteres), steps, colchonetes e bastões como os principais insumos para a realização do seu trabalho. Contudo, ressaltam a precariedade, improvisação e falta de material para o desenvolvimento das atividades, conforme se observa nos trechos de entrevistas a seguir:

[...] a gente fica muito limitado com a questão de material: às vezes a gente não tem som! a gente podia fazer muito mais se agente tivesse mais condições[...] [...] esta semana a gente passou uns 4 dias sem som, então são os alunos que vão, pegam o som, trocam, ai a gente fica no se graça [...].(PEF 17).

[...] não adianta a gente fazer uma atividade com um bastão que a pessoa usou o ano todo. Não tem variação de carga, as garrafas são velhas, enfim, não tem nem peso mais. (PEF 12).

Esses materiais são utilizados em outros programas comunitários de atividades físicas^{35,36}, contudo, nossos entrevistados afirmam que esse equipamento encontra-se obsoleto e, em algumas situações, impróprio para o uso, levando alguns profissionais a adquirirem materiais com recursos próprios ou em parceria com a comunidade, buscando diversificar o trabalho e evitar perda de continuidade das ações. Embora a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários à garantia da resolutividade da Atenção Básica esteja prevista na própria política nacional que estabelece as diretrizes para esse nível de assistência³, alguns estudos

têm apontado essas deficiências como recorrentes, prejudicando o planejamento e execução das ações, bem como a continuidade do trabalho^{34,37}.

Além da falta de material, os PEF apontaram a ausência de protocolos para a realização da avaliação das ações, o que faz com que esses trabalhadores utilizem exclusivamente critérios subjetivos para verificar o cumprimento dos objetivos e os resultados das suas intervenções:

Infelizmente hoje a gente só tem como avaliar diariamente nas ações que a gente propõe e que a gente vê de retorno dos alunos. Como a avaliação física tá parada, o último retorno que a gente tem é no dia a dia dos alunos. (PEF 11).

[...] no momento a gente tá com a avaliação física em implantação novamente né? Porque houveram algumas alterações, então a gente não tá utilizando ainda o novo protocolo. Tá esperando organizar melhor a avaliação das nossas atividades. (PEF 7).

Embora os protocolos estejam muitas vezes restritos à procedimentos preestabelecidos, e em algumas situações não apresentem respostas a todas as demandas, esses são recomendações baseadas em critérios científicos, técnicos ou da rotina dos serviços, sistematicamente elaboradas para auxiliar no manejo de situações cotidianas dos serviços de saúde. Além disso, a falta de padronização das ações pode denotar uma fragilidade gerencial e administrativa, contribuindo para grandes variações no processo de trabalho³⁸.

Outra dificuldade relevante no processo de trabalho no PAS foi a falta de articulação com as equipes da Atenção Primária, tanto no NASF, quanto nas Unidades de Saúde da Família do território, destacando-se a incompatibilidade de horários. Cabe ressaltar que as atividades do Programa, em todos os municípios analisados desenvolvem-se nos horários entre cinco e nove horas da manhã e/ou das 17:00 às 20:00 horas.

[...] Não tem uma articulação! As unidades de saúde da família, é... tem algumas próximas daqui, mas a gente não consegue ter nenhum tipo de articulação com elas. (PEF 4).

[...] a gente observou nesse período de avaliação deles que precisa da parte de nutrição, que é deficiente, a gente faz um trabalho, mas não nessa parte nutricional, então a gente vê que isso dificulta muito a obter o resultado melhor [...].(PEF 5).

A gente gostaria muito de ter ajuda dos parceiros da saúde né? A gente consegue ter contato com o pessoal do NASF (nutricionista), mas a nutricionista! O fisioterapeuta não! Ele às vezes vem dar palestra, mas é muito difícil, o pessoal reclama muito do horário que a gente dá aula porque se for uma aula muito cedo eles não querem vir nesse horário [...].(PEF 6).

[...] isso tá muito distante de acontecer, porque ainda existe uma coisa muito falha porque a gente não tá conseguindo fazer essa articulação. [...] [...] com o PSF a gente não tá conseguindo fazer essa articulação com o polo, principalmente por conta de incompatibilidade de horários entre o polo e o PSF. (PEF 13).

Embora a falta de articulação com a APS já tenha sido verificada em estudo com profissionais de educação física que atuam nos NASF do estado do Paraná³⁹, essa situação evidencia um importante distanciamento das diretrizes previstas nas políticas nacionais de Atenção Básica³, de Promoção da Saúde¹, das próprias propostas do PAS⁶ e dos NASF⁴, as quais preveem o compartilhamento de práticas entre equipes da APS.

Entre os quatro municípios analisados neste estudo, apenas o Recife tem uma coordenação exclusiva para o PAS. Neste o programa tem uma gerência operacional e seis coordenadores (um por distrito sanitário). Nos demais municípios, o coordenador do Academia da Saúde acumula essa com outras funções na gestão da secretaria de saúde.

Apenas um profissional relatou uma participação ativa do coordenador nas ações do polo. No que se refere à articulação para o planejamento, execução e avaliação das ações, prevaleceram respostas que apontam uma contribuição modesta ou nenhuma colaboração da coordenação com as atividades desenvolvidas pelos PEF:

A gente passa pra coordenação principalmente planejamento de eventos [...] [...] para as atividades diárias, comuns, não existe essa relação com a coordenação! É mais para as atividades de eventos pontuais.... (PEF 11).

Praticamente não existe! Quando se tem um projeto como tivemos, agora que parou, se discutiu e propôs. E avaliação quase nunca a gente tem. Nunca tem esse retorno não! Até de como a gente fez, como se sentiu... É difícil, normalmente é “apagar fogo”, tem isso e vamos fazer isso [...] (PEF 12).

Embora alguns estudos critiquem a fragmentação do trabalho em saúde dentro de uma lógica Taylorista que separa planejadores e executores^{30,40}, ou na perspectiva da Atenção Gerenciada, na qual a decisão clínica desloca-se e é substituída pela decisão administrativa¹⁰, o distanciamento da coordenação do programa das ações desenvolvidas no território denota fragilidades no

monitoramento e compromete a avaliação, retroalimentação e a aproximação da comunidade com a gestão do programa.

Atores do Processo de Cuidado e Suas Potenciais Contribuições para a Melhoria dos Processos de Trabalho

Os entrevistados identificaram a formação inicial e em serviço, a coordenação do programa, o poder público municipal, os usuários e os próprios PEF como atores no processo do cuidado.

Quando perguntados a respeito de como esses atores podem contribuir para potencializar o trabalho desenvolvido nos polos do Programa, surgiram respostas quase unânimes sobre a necessidade de adequação da formação, maiores investimentos no programa e atuação mais efetiva do controle social.

No que se refere à formação inicial e em serviço, relataram que a adequação dos currículos de graduação às necessidades do mercado de trabalho em saúde seria uma importante contribuição:

[...] A formação é fundamental né? A gente tem uma dificuldade muito grande na graduação [...] a gente não tinha disciplina de atenção de saúde pública, de atenção à saúde, essa coisa toda. E aí quando você vem pra o serviço, você encontra um ambiente também que não te proporcione essa formação, que te proporcione informação para melhorar tua prática... (PEF 7).

Talvez a formação acadêmica ela precise se adequar. Não sei como estão hoje as universidades, mas elas precisam se adequar um pouco mais sobre a realidade do mercado de trabalho em Educação Física, ou seja, a gente percebe que tem crescido bastante essa área de atuação na área de saúde e a universidade não tem dado suporte, base para que você saia pelo menos com uma noção para trabalhar nessa área. (PEF 18).

Essa necessidade já foi apontada em estudos sobre a atuação do PEF no setor saúde^{31,39,7}. Por outro lado, vários autores^{29-31,39} apontam os conhecimentos sobre saúde coletiva como fundamentais para o entendimento da organização, funcionamento, características e peculiaridades dos modelos de atenção, conceitos de epidemiologia e vigilância em saúde, bem como da realidade das comunidades, devendo ser oferecidos durante os cursos de graduação na área de saúde.

Sobre as possíveis contribuições da coordenação para a melhoria do trabalho destacaram-se: a participação mais efetiva nas atividades dos polos e a atuação

voltada à integração do programa à rede de serviços de saúde do município, conforme os relatos a seguir:

[...] ser, de fato, a coordenação pedagógica! Eles fazem mais o papel do supervisor do que o trabalho da coordenação pedagógica, do apoio, das discussões, da instrumentalização! (PEF 12).

Eu acho que chegando mais próximo do profissional e da realidade do polo, de cada polo. Conhecer de fato o que é desenvolvido, pois há coordenador que nem sabe o que é desenvolvido no polo, então acho que isso melhoraria muito se soubesse, passar a estar presente, para saber da realidade. (PEF 13).

[...] Eu acho que é a coordenação ela dar um suporte, e esse suporte que pode trazer mais suporte pra gente dentro da rede, fazer esse link, ajudar a fazer essa relação com o sistema de saúde [...] [...] nos capacitar para nos inserir [...] (PEF 5).

Considerando que o principal objetivo do PAS é a promoção da saúde, e que essa privilegia a construção de novos saberes, possibilidades e alternativas para alcançar a qualidade de vida¹, em interação com outras políticas e tecnologias no sistema público de saúde⁴¹, torna-se fundamental que os coordenadores e profissionais do programa assumam o compromisso de integrar efetivamente os polos às ações e serviços, tanto na rede de saúde, quanto com os demais setores da sociedade, participando da rotina dos trabalhos e contribuindo para a construção de estratégias de intervenção mais abrangentes.

No que cabe ao poder público, os entrevistados relataram que a principal contribuição para o processo de trabalho reside na melhoria dos investimentos e recursos materiais para o programa:

[...] Já aconteceu de não ter energia! Há problemas periódicos, sendo que a questão física do polo está muito precária de tudo! De coisas básicas, até de higiene: uma pia que precisamos e não temos! Um banheiro limpo, não temos! (PEF 17).

[...] eles poderiam entrar com recursos pra melhorar os materiais pra a gente parar de trabalhar com garrafinhas de areia, sabe? E parar de trabalhar com caixas de tomate fingindo que é step! (PEF 6).

Dificuldades relativas à infraestrutura, falta de vontade política, investimentos insuficientes ou mal empregados nas ações de saúde em diferentes níveis de complexidade já foram identificadas em outros estudos^{42,34}. Essa realidade, por sua vez, compromete a motivação e responsabilização dos profissionais de saúde para a execução das ações, interferindo diretamente sobre o processo de trabalho^{43,44,34}.

Emergiu dos discursos a potencial contribuição dos usuários para a melhoria do processo de trabalho no PAS, destacando-se a importância do envolvimento da população nas ações, tanto de manutenção dos polos, quanto no exercício do controle social para a integração do programa à rede de cuidados primários, reivindicação de direitos e participação no planejamento, execução e avaliação das ações, conforme descrito na Lei 8.142, que institui essa instância de participação popular no SUS⁴⁵. A operacionalização do controle social, entretanto, requer dos PEF a busca por parceiros no território, conselho de saúde e outras instituições⁴⁶.

Em relação às possíveis contribuições dos próprios PEF, destacou-se a busca por aperfeiçoamento e a tomada de uma postura mais crítica em relação às condições de trabalho, como destacado nas falas a seguir:

Se esforçar ainda mais! É bom a gente tentar fazer uma coisa diferente, focar no planejamento mesmo... [...] (PEF 17).

Eu acho que buscando sempre conteúdos novos, sempre informação a respeito da importância da atividade física de que práticas você pode proporcionar para a comunidade. (PEF 7).

[...] o profissional ele só vai poder melhorar se ele se valorizar! E a partir do momento que ele se valorizar (não é simplesmente se omitir, é buscar alternativas), investigar, buscando, lutando, e cabe à gente exigir dos superiores para melhorar, e melhorar o nosso trabalho. (PEF 16).

O campo onde acontecem as relações de trabalho na saúde é permeado por diferentes atores, os quais operam pactuações entre si, resultando em produtos que são gerados a partir de correlações de forças, que nem sempre ocorrem por intermédio de processos de negociação, sendo comuns (e necessárias) situações de tensão e conflitos, seja no processo de cuidado, seja na gestão, ou entre ambos¹⁰. Nesse sentido, a participação mais ativa do PEF nos processos de decisão é necessária para a própria conformação do sistema e (re)organização dos processos de trabalho. No que cabe à busca por aperfeiçoamento, essa amplia habilidades e competências necessárias ao desenvolvimento das ações e aumenta tanto a capacidade de enfrentamento de situações adversas, como a possibilidade de propor e desenvolver novas estratégias de ação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os Profissionais de Educação Física que atuam no PAS na Região Metropolitana do Recife predominam as mulheres, profissionais maiores de 30 anos e graduados há mais de cinco anos. Embora tais características não se distanciem significativamente das apresentadas por outros profissionais da saúde, esses encontram-se em uma situação privilegiada em relação aos demais trabalhadores da saúde no que se refere à formalidade do vínculo de trabalho, visto que a grande maioria dos PEF foi selecionada mediante concurso público. Essa estabilidade favorece o estabelecimento de vínculos, principalmente com a comunidade e os demais serviços de saúde, porém, não se operacionaliza nos processos de trabalho devido à falta de articulação do programa com os demais atores no território.

Em relação à formação profissional, caracterizam-se pela ausência de disciplinas e estágios no campo da saúde coletiva durante a graduação, bem como falta de treinamentos em serviço acerca da atuação no sistema público de saúde, que limitam o conhecimento sobre a organização e funcionamento das ações e serviços da rede, a capacidade de identificação de problemas, estratégias e parceiros para ação, além de dificultar o desenvolvimento de processos de trabalho multiprofissionais.

Seus processos de trabalho caracterizam-se pela falta ou precariedade de insumos para a realização das atividades diárias, ausência de protocolos de ação e avaliação das tarefas, pouca articulação com as demais ações e serviços da Atenção Primária e distanciamento da coordenação do programa no que se refere ao planejamento, execução e avaliação do trabalho nos polos e no território.

A precariedade dos insumos para a realização do trabalho limita as possibilidades de variações nas estratégias para tornar as atividades mais atrativas, comprometendo a adesão dos usuários, além de interferir diretamente sobre o implemento de cargas para os exercícios, necessário para a progressão do treinamento físico.

Em relação à avaliação física dos usuários e das atividades dos polos, observa-se a necessidade do estabelecimento de objetivos claros e específicos, bem como a definição de metas a serem alcançadas a partir do trabalho desenvolvido pelos PEF nos polos. Essas metas e objetivos poderão favorecer o

estabelecimento de orientações claras e específicas sobre o desenvolvimento das atividades no programa, proporcionando importantes espaços de aprendizagem organizacional, trocas de experiências e potencialização dos recursos disponíveis, aumentando as possibilidades de alcançar os resultados esperados.

Os discursos revelam um preocupante distanciamento entre as ações do programa e as demais atividades das equipes da APS, o que descaracteriza as propostas de compartilhamento de práticas (que fundamentam as ações de promoção da saúde) e compromete a integralidade do cuidado. Além disso, a existência de um programa que não se integra às demais ações e serviços da rede pode promover questionamentos quanto à sua real necessidade e compromete tanto a sua credibilidade, quanto a dos profissionais que nele atuam. Esse distanciamento, segundo os profissionais, poderia ser diminuído por uma ação mais presente e efetiva da coordenação do programa, a qual deveria atuar tanto no sentido de promover uma maior articulação com as ações e serviços da rede, quanto promover atividades de formação em serviço para qualificar o trabalho no território.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
2. Malta DC, Castro AM, Cruz DKA, Gosh CS. A promoção da saúde e da atividade física no Sistema Único de Saúde. Rev Bras Atividade Física e Saúde. 2008;13(1): 24-27.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
4. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, 25 Jan 2008.
5. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 08 Abr 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 08 Nov 2013.

7. Rodrigues JD, Ferreira D, Silva P, Caminha I, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde; 2013;18(1): 05-15.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Brasília, DF: MS, 2011.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: MS, 2011.
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
11. Cecilio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde e Soc. 2004; 13(2): 39-55.
12. Faria HX, Araújo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. Saúde Soc. 2010; 19(2): 429-439.
13. Mendes-Gonçalves RB. Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede de centros de saúde de São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
14. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJB. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. Texto Contexto Enferm. 2009. 2014; 18(2): 313-320.
15. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária. Relação do Municípios Contemplados ao Custeio das Ações do Programa Academia da Saúde. Postagem em 30 de outubro de 2013. Disponível em:<http://geqap.blogspot.com.br/2013/10/monitoramento-nacional-do-programa.html>. Acesso em 10 de novembro de 2013.
16. Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
17. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
18. Goldenberg M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8a ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
19. Strauss A, Corben J. Tradução: Luciane de Oliveira da Rocha - Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

20. Ludke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU Editora; 1986.
21. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
22. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Sage, 1996.
23. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés MNM. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; 45: 55-71.
24. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*; 2008; 24 (sup 1): 193-201.
25. Pinto ESG, Menezes RMP, Villa TCS. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3):657-64.
26. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3a ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010.
27. Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Júnior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(27): 90-6.
28. Powers SK, Howley ET. Fisiologia do Exercício: Teoria e Aplicação ao Condicionamento e ao Desempenho. Tradução: Dr. Marcos Ikeda. 1a Ed. Brasileira. São Paulo: Manole; 2000.
29. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Saúde; 2000.
30. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, GWS, et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.
31. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. *Physis*. 2009; 19(4): 1127-1144.
32. Taveira ZZ, Souza RA, Machado MH. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: Revisão de literatura. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2012; 47(1),102-110.

33. Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(9): 1881-1892.
34. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(4):956-61.
35. Guarda FRB, Silva RN, Marcondes MMC, Marcondes AC, Almeida TAM. Do diagnóstico à ação: Programa Se Bole Olinda: estratégia intersetorial de promoção da saúde através da atividade física. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2009; 14(3):206-10.
36. Guarda FRB, Silva RN, Silva SM, Santana PR. A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2014; 19(2):265-270.
37. Moura BLA, Cunha RC, Fonseca ACF, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010; 10 Suppl 1: 69-81.
38. Werneck MAF. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
39. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. *Rev Bras de Ativ Fis e Saúde*. 2011; 16: 5-10.
40. Shimizu HE, Carvalho Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc. saúde coletiva*, 2012; 17(9):2404-14 .
41. Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. *Rev. Saúde Públ*. 2014; 48(1): 76-85.
42. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(3):7-18.
43. Mattos ATR, Caccia-Bava MCG. Repercussões da implantação do Programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2004;1(1):36-45.
44. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc. Saúde Colet*. 2008; 13(1):23-34.
45. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 31 dez 1990.

46. Silva EC, Pelicioni MCF. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. Ciênc. saúde colet. 2013; 18(2): 563-572.

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Este estudo analisou os processos de trabalho dos profissionais de educação física que atuam no Programa Academia da Saúde da Região Metropolitana do Recife.

Inicialmente traçou-se o percurso histórico que justifica a incorporação dessa categoria profissional ao Sistema Único de Saúde (artigo número um), e em seguida analisou-se a formação, perfis e competências para a atuação no Programa Academia da Saúde (artigo número dois). A análise do processo de trabalho partiu do entendimento que esse se inicia com o estabelecimento dos objetivos da intervenção, e a definição do objeto sobre o qual o profissional exerce sua ação transformadora, os quais foram descritos no artigo número três, para em seguida identificar os meios utilizados para o desenvolvimento do trabalho, bem como as dificuldades encontradas no processo (artigo número quatro).

A incorporação do profissional de educação física ao Sistema Único de Saúde se inicia com a criação do SUS, o qual prioriza ações de promoção da saúde e a organização de processos de trabalho multiprofissionais, na busca pela integralidade do cuidado. Concomitantemente, as evidências científicas acerca dos benefícios da adoção de estilos de vida mais ativos como estratégias de promoção da saúde reforçavam a necessidade de criação de políticas de saúde que promovessem e articulassem tais propostas às demais ações e serviços da atenção primária.

Documentos como as políticas nacionais de promoção da saúde e da atenção básica foram editados e importantes iniciativas como a implantação do Programa Academia da Saúde formalizaram a incorporação da atividade física como estratégias de promoção da saúde. Entretanto, cabe destacar que, embora tais documentos descrevam a importância de aumentar os níveis de atividades físicas, e a promoção de atividades físicas/práticas corporais na população, esses não esclarecem como tais objetivos devem ser operacionalizados, nem definem que profissionais/categorias deveriam conduzir as ações, nem nos polos do programa, nem na atenção primária.

Essa falta de definições quanto a atuação do profissional de educação física revela uma fragilidade do programa quando verificamos que essa categoria

profissional é a única a atuar nos polos do programa na Região Metropolitana do Recife.

Os profissionais que atuam no programa são em sua maioria mulheres, maiores de trinta anos e graduados há mais de cinco. Descrevem a promoção da saúde como principal objetivo do seu trabalho, mas não demonstram uma compreensão ampliada desse conceito, limitando suas ações de promoção à realização de eventos, palestras e ações educativas pontuais (além das aulas de ginástica e outras atividades físicas), sem a compreensão ou busca por outros parceiros no processo de cuidado.

Considerando que o processo de trabalho se inicia pela definição dos objetivos da intervenção, verifica-se a necessidade de ampliar a compreensão desses trabalhadores acerca do conceito, atores, limites e possibilidades da promoção da saúde, ampliando, inclusive, a capacidade de articulação das equipes do Academia da Saúde com as demais ações e serviços da rede.

Relatos dos profissionais entrevistados revelam um preocupante distanciamento entre o trabalho desenvolvido no Academia da Saúde e as demais atividades das equipes da atenção primária. Essa falta de articulação, bem como a ausência de diretrizes sobre o desenvolvimento das atividades, dificulta a organização de processos de trabalho multiprofissionais voltados à integralidade do cuidado, além de comprometer a eficácia do investimento financeiro para a construção e manutenção dos polos.

Outra característica importante do processo de trabalho desses profissionais é a utilização de implementos improvisados e, muitas vezes inadequados ao cumprimento das tarefas propostas pelos profissionais, além das dificuldades de estrutura e ausência de protocolos de avaliação dos usuários e das ações do programa no território. Considerando que a ginástica é reconhecida pelos profissionais como a principal atividade dos polos e que essa fundamenta-se em adaptações biopsicossociais, a precariedade dos pesos e equipamentos utilizados, bem como a falta de protocolos de avaliação compromete o implemento de carga para os exercícios, o acompanhamento e motivação dos usuários e a aderência desses ao programa.

O clamor dos profissionais por uma atuação mais presente e efetiva dos coordenadores do programa, tanto no apoio pedagógico, quanto na interlocução

com as demais ações e serviços dentro e fora do setor saúde revela a necessidade de se propor ações voltadas à qualificação de gestores especializados no campo da saúde coletiva, e, preferencialmente em promoção da saúde e da atividade física.

Em suma, o processo de trabalho dos profissionais de educação física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife caracteriza-se por uma clara definição dos objetivos do trabalho, os quais relacionam-se à promoção da saúde através da atividade física e de ações de educação em saúde, pela utilização de insumos improvisados, ausência de protocolos para o direcionamento e acompanhamento das tarefas, pouca articulação com as equipes da atenção primária e participação insatisfatória da coordenação do programa nas atividades de planejamento, execução e avaliação das ações.

Torna-se necessária a criação de espaços permanentes de articulação entre as instituições de ensino, coordenação e profissionais do programa e demais serviços públicos de saúde, visando fomentar discussões acerca da implantação e/ou adequação de estratégias de formação continuada e em serviço, capazes de identificar e agregar as demandas da população, do SUS e demais setores da sociedade, de modo a instrumentalizar e empoderar a população para gerenciar sua saúde individual e comunitária, efetivando, dessa forma, o principal objetivo do programa que é a promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; FEUERWERKER, L. Estou me formando (ou me formei) e quero trabalhar: que oportunidades o Sistema de Saúde me oferece na Saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver? In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 183 – 198.

ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. 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.

ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C. A. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-1998: An Health Policy Analysis of a Developing Health System**. 2000. Tese (PhD – Public Health) – Nuffield Institute for Health, Leeds, 2000.

BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para a formação profissional em educação física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 128-143, 2008.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. **Cadernos CEDES**, Campinas, v.19, n.48, p. 69-88, ago. 1999.

BRASIL. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 10 de novembro de 1937**. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/92067/constituicao-dos-estados-unidos-do-brasil-37>>. Acesso em: 22 mai. 2009.

BRASIL. **Decreto-lei n. 1.212, 7 abr. 1939**. Cria a Universidade do Brasil, a Escola Nacional de Educação Física e Desportos. Rio de Janeiro, 1939. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1212-17-abril-1939-349332-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 22 jan. 2009.

BRASIL. **Lei nº 4024, de 20 de dezembro de 1961**. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira. Brasília, 1961. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4024.htm>. Acesso em: 22 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 ago. 1971a. Seção 1.

BRASIL. **Decreto nº 69.450 de 1 de novembro 1971**. Regulamenta o art. 22 da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, e a alínea "C" do art.40 da Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968, e dá outras providências. Brasília, DF Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d69450.htm> 1971. Acesso em: 22 mai. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 set. 1998. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/104896.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer CNE/CES nº 058 / 2004**. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces058_04.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação**. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parecer nº 215, de 11 de março de 1987**. Dispõe sobre a reestruturação dos cursos de graduação em Educação Física, sua nova caracterização, mínimos de duração e conteúdo. Brasília: CONFEF, 1987. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/juris/mostra_lei.asp?ID=10>. Acesso em: 24 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto Lei nº 8.270, de 3 de dezembro de 1945. Altera disposições do Decreto-Lei nº 1.212, de 17 de abril de 1939. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 dez. 1945. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de abril de 1997**. Reconhece diversas categorias como profissionais de saúde de nível superior. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>>. Acesso em: 24 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2008**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF, 2009. (Serie G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2009**: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: DF, 2010. (Serie G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 abr. 2011a. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jul. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 jul. 2011c. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1402_15_06_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011d. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 25 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF, 2012. (Serie G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 nov. 2013. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em 1 fev. 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000.

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

CAVILL, N. National Campaigns to Promote Physical Activity: can they make difference? **International Journal of Obesity**, London, v. 22, n. 2, p.48-51, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, set. 2006.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DOWBOR, L. Educação, tecnologia e desenvolvimento. In: BRUNO, L. (Org.). **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo: leituras selecionadas**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 17-40.

DRUCKER, P. **Sociedade pós-capitalista**. São Paulo: Pioneira, 1995.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M. A. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon, UFMG: Coopmed, 2009.

FAUSTINO, R. L. H. **Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva**. 2003. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FERREIRA, M. S.; NAJAR, A. L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, supl., p. 207-219, dez. 2005

FREIRE, E.S.; VERENGUER, R.C.G.; REIS, M.C.C. Educação Física: pensando a profissão e a preparação profissional. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 39-46, 2002.

FOGAÇA, A. A educação e reestruturação produtiva. In: FOGAÇA, A. A (Org.). **Políticas de emprego no Brasil**. Campinas: UNICAMP, 1998. p. 30-45.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, 1973.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política**. São Paulo: Edusp, 1998.

GARCIA, A.C.P. et al. Educação Física. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília, DF, 2006. p. 235-243.

GIANNOTTI, J. A. O ardil do trabalho. In: GIANNOTTI, J. A. **Trabalho e reflexão**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 80-109.

GONDIM, S.M.G. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 299-309, 2002.

GUARDA, F.R.B; SILVA, R. N.; MARIZ, J. V. B. **Atividade Física e Saúde Pública: contribuições e perspectivas**. Recife: Livro Rápido, 2011.

GURGEL, I. G. D. **A pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

HILLSDON, M. et al. National level promotion of physical activity: results from England's Active for Life Campaign. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 55, n. 10, p.755-761, out. 2001.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Acesso em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse_tab_rm_zip.shtm>. Acesso em: 28 dez. 2013.

KURCGANT, P. et al. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 229-245, ago.1993.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks: Sage, 1996.

LEITE, E. M. Reestruturação produtiva, trabalho e qualificação no Brasil. In: BRUNO, L. (Org.). **Educação e trabalho no capitalismo contemporâneo: leituras selecionadas**. São Paulo: Atlas, 1996. p. 146-187.

MACHADO, N. J. O futuro do trabalho e a educação. In: _____. **Ensaio transversais: cidadania e Educação**. São Paulo: Escrituras, 1997.

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

MASSA, M. Caracterização acadêmica e profissional da educação física. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 29-38, 2002.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

MATTOS, R. A. Integralidade e formulação de políticas específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

MÉDICI, A. C. Acesso a medicamentos essenciais na América Latina: as dificuldades para alcançar as metas estabelecidas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 72, p. 44-57, 2006

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MERHY, E.E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

MISHIMA, S. M. et al. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 313-20, abr./jun. 2009.

MOTA, L.B.; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf>. Acesso em: 25 maio 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing Chronic Diseases: a vital investment**. Geneva, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/foreword.pdf?ua=1>. Acesso em: 22 maio 2009.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 32, p. 299-316, 1998.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health: A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 273, p. 402-407, 1995.

PERNAMBUCO. Decreto nº 31.140 de 06 de dezembro de 2007. Institui o Programa Academia das Cidades, no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Pernambuco**, Recife, dez. 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/FI%C3%A1vio%20da%20Guarda/Downloads/30.07.2014%20-%20Di%C3%A1rio%20Oficial%20de%20Pernambuco.pdf>. Acesso em: 10 nov 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária. **Relação dos Municípios Contemplados ao Custeio das Ações do Programa Academia da Saúde**. Recife, 2013. Disponível em: <<http://geqap.blogspot.com.br/2013/10/monitoramento-nacional-do-programa.html>>. Acesso em: 10 nov. 2013.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, p. 251-263, 2000.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 17-26, 2001.

RIBEIRO, E. C. **Entre a emancipação e a regulação**: limites e possibilidades da Avaliação das escolas médicas. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, abr. 2004.

ROCHA JÚNIOR, C. P. A organização do campo da Educação Física: considerações sobre o debate. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 69-78, jul./dez. 2005.

ROCHA, V. M.; CENTURIÃO, C. H. Profissionais da saúde: formação, competência e responsabilidade social. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Org.) **Educação Física e Saúde Coletiva**: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 17-31.

SANTOS, F. P. A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual da Bahia, Salvador, 2010.

SCHIAPPACASSE, E. et al. Perfil profesional del médico. **Educación Médica y Salud**, Washington, v.18, n. 4. p. 359-370, 1984.

SCHRAMM J. M. A. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 2405-2414, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHWARTZ, G. Aperte os cintos, o mercado sumiu! In: _____. **As profissões do futuro**. São Paulo: Publifolha, 2000. (Coleção Folha Explica).

SHIMIZU, H. E.; CARVALHO JUNIOR, D. A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, set. 2012.

SILVA, C. O. **Curar adoecendo**: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. 1994. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

SIMPSON, M. E. et al. Walking trends among U.S. Adults: the behavioral risk factor surveillance system, 1987-2000. **American Journal of Preventive Medicine**, Washington, v. 25, n. 2, p. 95-100, 2003.

SOUSA, E. S.; VAGO, T. M. A nova LDB: repercussões no ensino da Educação Física. **Presença Pedagógica**, Belo Horizonte: v. 3, n. 16, p. 19-29, jul./ago. 1997.

SOUZA, S. C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011.

SOUZA NETO, S. et al. A formação do profissional de Educação Física no Brasil: uma história sob a perspectiva da legislação federal no século XX. **Revista Brasileira Ciências do Esporte**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 113-128, 2004.

TASSITANO, R. M. et al. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, São Paulo, v. 9, p. 60-65, 2007.

VERENGUER, R. C. G. Dimensões profissionais e acadêmicas da Educação Física no Brasil: uma síntese das discussões. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 164-175, jul./dez. 1997.

VIEIRA, A. S. et al. Panorama das graduações em saúde no Brasil. In: BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

WARDLE, J. et al. Mass education for obesity prevention: the penetration of the BBC's 'fighting fat, fighting fit' campaign. **Health Education Research**, Oxford, v. 16, n. 3, p. 343-355, 2001.

ZABALA, A. Aprendizaje significativo: el profesor como movilizador de las competencias de sus alumnos. In: SEMINÁRIO DE EDUCAÇÃO E SOCIEDADE, 6., 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Grupo Associação de Escolas Particulares, 1997. p. 1-39.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os profissionais de educação física do programa academia da saúde na região Metropolitana do Recife

N° _____ Município: _____														
Nome do Polo: _____														
FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> Licenciatura em Educação Física anterior a 2001 (atuação em qualquer área da Atividade Física); <input type="checkbox"/> Bacharelado em Educação Física; <input type="checkbox"/> Licenciatura em Educação Física (atuação exclusiva na escola); <input type="checkbox"/> Outra _____														
1. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		2. Idade: <input type="checkbox"/> 20 a 29 anos <input type="checkbox"/> 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> 40 a 49 anos <input type="checkbox"/> 50 a 59 anos <input type="checkbox"/> > 60 anos												
3. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Outros														
4. Em qual instituição se formou em Educação Física? _____														
5. Há quanto tempo você é graduado(a)? <input type="checkbox"/> Menos de três anos <input type="checkbox"/> Três a cinco Anos <input type="checkbox"/> Cinco a dez anos <input type="checkbox"/> Mais de dez anos														
6. Como você considera que a formação da graduação preparou você para atuar no programa Academia da Saúde? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: right;">Não me preparou para atuar no programa</td> <td style="text-align: right;">0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Preparação Insuficientemente</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Preparação Regular</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Boa Preparação</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ótima Preparação</td> <td style="text-align: right;">4</td> </tr> </table>			Não me preparou para atuar no programa	0	Preparação Insuficientemente	1	Preparação Regular	2	Boa Preparação	3	Ótima Preparação	4		
Não me preparou para atuar no programa	0													
Preparação Insuficientemente	1													
Preparação Regular	2													
Boa Preparação	3													
Ótima Preparação	4													
7. Durante a graduação você cursou alguma disciplina relacionada à saúde pública/coletiva? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SIM</td> </tr> </table>				NÃO	SIM									
	NÃO	SIM												
8. Durante a graduação você participou de algum estágio relacionado às áreas da saúde pública/coletiva? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SIM</td> </tr> </table>				NÃO	SIM									
	NÃO	SIM												
9. Você realizou algum curso de extensão ou aperfeiçoamento para atuar no programa? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SIM</td> </tr> </table>				NÃO	SIM									
	NÃO	SIM												
10. Caso tenha realizado cursos de extensão ou aperfeiçoamento, indique qual(is)? _____														
11. Qual a Carga-horária dos cursos realizados? <input type="checkbox"/> Menos de três anos <input type="checkbox"/> Três a cinco Anos <input type="checkbox"/> Cinco a dez anos <input type="checkbox"/> Mais de dez anos														
12. Você possui registro no Conselho Regional de Educação Física? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">SIM</td> </tr> </table>				NÃO	SIM									
	NÃO	SIM												
13. Formação de Pós-graduação: <input type="checkbox"/> Não possui <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado														
14. Caso tenha cursado pós-graduação indique a área: <input type="checkbox"/> Educação Física Escolar <input type="checkbox"/> Saúde Coletiva/Pública <input type="checkbox"/> Treinamento <input type="checkbox"/> Musculação <input type="checkbox"/> Educação Especial/EF <input type="checkbox"/> Adaptada <input type="checkbox"/> Fisiologia/Fisiologia do Exercício Outra? Especificar: _____														
15. Você desenvolvia alguma outra atividade remunerada na área da atividade física antes de atuar no Programa Academia da Saúde? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">SIM</td> </tr> </table>				NÃO	SIM									
	NÃO	SIM												
16. Caso sim, indique a área na qual você atuou e o tempo de atuação em cada área (pode marcar mais de uma opção). <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> Área Escolar</td> <td style="width: 30%;">Tempo em anos _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Esportes fora da escola</td> <td>Tempo em anos _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Academias</td> <td>Tempo em anos _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Educação Física Especial</td> <td>Tempo em anos _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ginástica Laboral</td> <td>Tempo em anos _____</td> </tr> <tr> <td>Outra área _____</td> <td>Tempo em anos _____</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Área Escolar	Tempo em anos _____	<input type="checkbox"/> Esportes fora da escola	Tempo em anos _____	<input type="checkbox"/> Academias	Tempo em anos _____	<input type="checkbox"/> Educação Física Especial	Tempo em anos _____	<input type="checkbox"/> Ginástica Laboral	Tempo em anos _____	Outra área _____	Tempo em anos _____
<input type="checkbox"/> Área Escolar	Tempo em anos _____													
<input type="checkbox"/> Esportes fora da escola	Tempo em anos _____													
<input type="checkbox"/> Academias	Tempo em anos _____													
<input type="checkbox"/> Educação Física Especial	Tempo em anos _____													
<input type="checkbox"/> Ginástica Laboral	Tempo em anos _____													
Outra área _____	Tempo em anos _____													
17. Há quanto tempo você atua no Programa Academia da Saúde? <input type="checkbox"/> Menos de três meses <input type="checkbox"/> três a seis meses <input type="checkbox"/> De seis meses a um ano <input type="checkbox"/> De um a três anos <input type="checkbox"/> Mais de três anos														

18. Como você foi selecionado para trabalhar no Programa Academia da Saúde?

1. () Concurso Público
 2. () Cooperativa/ONG/OS
 3. () Fui convidado por alguém ligado à gestão municipal
 4. () Particpei de seleção pública para a vaga
 5. () Sou servidor emprestado/cedido de outra secretaria municipal
 6. () Sou servidor emprestado/cedido pelo governo do estado
 7. () Outros

Especificar: _____

20. Quantas fontes de renda individual você tem?**20. Sua renda média individual (somando todos os seus vencimentos) é de aproximadamente:**

1. () Menos de um salário mínimo;
 2. () De 1 a 3 salários mínimos;
 3. () Mais de 3 até 5 salários mínimos;
 4. () Mais de 5 até 8 salários;
 5. () Mais de oito salários mínimos.

23. Que motivo levou você a trabalhar na Academia da Saúde? Escolha a razão que mais pesou na sua decisão:

0. () Estava aposentado(a); 1. () Pretendia aumentar minha renda
 2. () Fui estagiário do Programa; 3. () Estava desempregado
 4. () Para desenvolver outras habilidades
 5. () Queria experimentar esse tipo de trabalho
 6. () Identifico-me com esse tipo de trabalho
 7. () Fui incentivado (a) por outros profissionais da área
 8. () Foi incentivado(a) por outras pessoas ou familiares
 9. () O salário era atrativo

Outro? Especificar: _____

25. As ações do Programa estão vinculadas à(o)?

0. () Secretaria de Educação;
 1. () Secretaria/Diretoria de Esportes;
 2. () Secretaria/Diretoria de Lazer;
 3. () Secretaria/Diretoria de Cultura
 4. () Governo do Estado;
 5. () Governo Federal

Outro? Especificar: _____

27. Como você realiza o planejamento das suas ações no Programa?

- () Não realizo planejamento () Planejo Sozinho(a)
 () em reuniões com a equipe () junto à coordenação da APS
 () Em conjunto com os usuários
 () Outros _____

30. Assinale as atividades que você desenvolve no Programa e indique o percentual de tempo que cada atividade assinalada ocupa em uma semana de trabalho (Ex.: 30% ginástica, 20% palestras, 50% jogos populares):

ATIVIDADE	% SEMANAL DESSA ATIVIDADE
() Ginástica	_____%
() Dança	_____%
() Jogos Populares	_____%
() Jogos Esportivos	_____%
() Avaliação Física	_____%
() Palestras	_____%
() Atividades de Promoção da Saúde	_____%
() Prescrição de Exercícios	_____%
TOTAL	100%

19. Qual o tipo de vínculo empregatício que você tem com o Programa Academia da Saúde:

1. () CLT 2. () Estatutário(a)
 3. () Contratação temporária
 4. () Terceirização – empresas
 5. () Terceirização – cooperativas
 6. () Terceirização – Fundações e outros órgãos
 7. () Contratação temporária 8. () Outros

Especificar: _____

21. Sua renda no Programa é de aproximadamente:

1. () Menos de um salário mínimo;
 2. () De 1 a 3 salários mínimos;
 3. () Mais de 3 até 5 salários mínimos;
 4. () Mais de 5 até 8 salários;
 5. () Mais de oito salários mínimos.

22. Como você avalia o valor do salário proposto para o desenvolvimento do seu trabalho no programa?

() Muito bom () Bom () Regular () Ruim

24. Na sua opinião qual a principal função do Programa?

0. () Incentivar e promover a Cultura Corporal
 1. () Promover Saúde
 2. () Ampliar as ações da Atenção Básica (Primária)
 3. () Incentivar e promover o lazer
 4. () Desenvolver ações educativas
 5. () Incentivar e orientar a prática de Atividades Físicas
 6. () Incentivar e orientar a prática esportiva

Outro? Especificar: _____

26. Como são organizados os horários das atividades do Programa?

0. () Apenas um turno pela manhã;
 1. () Apenas um turno à tarde;
 2. () Apenas um turno à noite;
 3. () Dois Turnos: manhã e tarde
 4. () Dois Turnos: manhã e noite;
 5. () Dois Turnos: tarde e noite
 6. () Três Turnos: manhã, tarde e noite

Outro? Especificar: _____

28. Com que frequência você realiza o planejamento das ações?

- () semanalmente () quinzenalmente () mensalmente
 () outros; _____

29. Qual a sua principal opção de intervenção? Marque na coluna "A" a área com a qual você mais se identifica e na Coluna "B" a área que você mais atua no Programa.**A** (Se identifica)

0. () Cultura Corporal
 1. () Promoção Saúde
 2. () Lazer
 3. () Educação
 4. () Esportes

Outro: _____

B (Mais desenvolve no Programa)

0. () Cultura Corporal
 1. () Promoção Saúde
 2. () Lazer
 3. () Educação
 4. () Esportes

Outro: _____

31. Classifique, por ordem de prioridades, os cinco principais critérios que você utiliza para escolher o conteúdo de suas intervenções no Programa (Ex.: 1. Estação do ano; 2. Idade do público-alvo; 3. Horário da atividade; etc.)

- Horário da Atividade
 Sexo dos participantes
 Grau de condicionamento/habilidades dos participantes
 Estação do ano
 Preferências/sugestões dos participantes
 Objetivos do Programa
 Idade dos participantes
 Condição de saúde dos participantes
 Diretrizes definidas pela coordenação do Programa
 Pactuação com outros profissionais de Saúde
 Pactuação com profissionais de outras áreas

34. Com que frequência as ações com esses parceiros são realizadas?

- diariamente 3x p/ semana
 2x p/ semana semanalmente
 quinzenalmente mensalmente

outros; _____

32. Que parceiros/instituições ajudam no desenvolvimento de suas ações?

- Escolas
 Igrejas
 Empresas privadas
 Associações de moradores
 Outros órgãos públicos
 Outros. Quais? _____

33. Com que frequência as ações com esses parceiros são realizadas?

- diariamente 3x p/ semana
 2x p/ semana semanalmente
 quinzenalmente mensalmente

outros: _____

QUESTÕES ABERTAS

Questão 1: Na sua opinião, qual o objetivo do seu trabalho?

Questões de Contextualização:

- a) Como seu trabalho pode favorecer a comunidade?
- b) Como seu trabalho contribui com a Estratégia de Saúde da Família?
- c) Que produtos são gerados a partir do seu trabalho?

Questão 2: Conte um pouco sobre como você organiza e executa as suas atividades no Programa.

Questões de Contextualização:

- a) Que atividades são desenvolvidas e com que frequência?
- b) Como você direciona as atividades por faixa etária, grupos de risco;
- c) Como ocorre a divisão cronológica da atividade?
- d) Quais os instrumentos, estratégias e meios utilizados?
- e) Como você avalia as atividades que desenvolve no Programa?

Questão 3: Fale-me de suas reflexões sobre saúde e doença.

Questões de Contextualização:

- a) O que é saúde para você?
- b) O que é ter saúde para você?
- c) O que é doença para você?
- d) O que é estar doente para você?

Questão 4: Fale-me um pouco sobre o que você pensa sobre Promoção de Saúde.

Questões de Contextualização:

- a) No seu cotidiano, você faz promoção da saúde? O que faz?
- b) As pessoas que você conhece fazem promoção da saúde? O que fazem?
- c) Que atividades do programa você caracteriza como sendo de promoção da saúde?
- d) Como você desenvolve ações de promoção da saúde em parceria com outras instituições? Que instituições são essas?

Questão 5: Fale-me um pouco sobre o que você pensa sobre Atividade Física.

Questões de Contextualização:

- a) O que você pensa sobre a A.F.?
- b) O que você acredita que a A.F. pode proporcionar à vida das pessoas? Você faz? Você gosta? Por quê?
- c) Como você inclui ou incluía a A. F. na sua vida cotidiana?
- d) O que pensa sobre o PAC/PAS?
- e) O que você pensa sobre o acesso dos usuários às AF no PAS?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Análise dos Processos de Trabalho dos Profissionais de Educação Física que Atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife

Pesquisador Responsável: Flávio Renato Barros da Guarda

Instituições participantes da pesquisa: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ / Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco / Secretaria Municipal de Saúde do Recife / Secretaria Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho / Secretaria Municipal de Saúde de Olinda / Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes.

O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo científico acima referido, na qualidade de entrevistado, que tem como objetivo avaliar os processos de trabalho dos Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife. A metodologia do estudo compreenderá uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, na qual serão analisadas as estratégias de planejamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas. Sua participação se dará através de uma entrevista gravada, para posterior transcrição, onde serão apresentadas questões sobre processo de trabalho utilizando um roteiro semiestruturado como guia.

Será garantido o direito a qualquer esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer etapa desta; o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase de sua execução sem qualquer penalização; a confidencialidade e o anonimato; as informações serão sigilosas e os participantes não serão identificados.

Os riscos relacionados com a participação na pesquisa podem envolver constrangimentos perante pessoas e instituições, caso a identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma, ficando estes dados sob sigilo e de responsabilidade dos pesquisadores. Os resultados serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros científicos e sua participação irá contribuir para o conhecimento do desempenho do Academia da Saúde, permitindo, fortalecer e qualificar o Programa entre as ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

Minha participação é voluntária", por "sua participação é voluntária e será formalizada através da assinatura.

Pesquisador: _____

Participante: _____

_____, ____/____/2014.

Telefones e e-mails para contato com os pesquisadores:

Flávio Renato Barros da Guarda: (81) 9984-1556 (flaviodaguarda@hotmail.com)

José Luiz Araújo Júnior (orientador): (81) 9975-7226 (josearaujo@cpqam.fiocruz.br).

Pedro Miguel (co-orientador): (81) 9929-9572 (pedromiguel@cpqam.fiocruz.br)

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Anuência do Município de Recife**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Flávio Renato Barros da Guarda** pesquisador do doutorado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, a desenvolver pesquisa no Programa Academia da Cidade - PAC da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Avaliação das academias da saúde do Recife: da compreensão do programa à efetividade das ações", sendo orientado por José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 15 de janeiro de 2014.

Atenciosamente,

Jeane G. Arruda de M. Coelho
Chefe de divisão de Educação na Saúde

Jeane G. Arruda de M. Coelho
Chefe de Divisão em Educação
na Saúde / SEGTES/PCR
Matricula nº 99.358-2

ANEXO B – Carta de Anuência do Município do Cabo de Santo Agostinho



Município do Cabo de Santo Agostinho

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr Valtter Kirzner
Secretário Municipal de Saúde do Cabo de Santo Agostinho

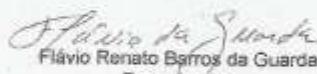
Nós, José Luiz de Araújo e Flávio Renato Barros da Guarda, pesquisador e doutorando do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), respectivamente, que estamos planejando a pesquisa intitulada: **ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO**, cujo projeto encontra-se em anexo, vimos através desta solicitar sua autorização para a coleta de dados no Programa Academia da saúde do Cabo de Santo Agostinho. Informamos que não haverá custos para a instituição e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas da mesma.

Esclarecemos que tal autorização é uma pré-condição bioética para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

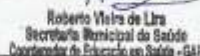
Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nosso estado.

Recife, 05 de Agosto de 2014


Prof. Dr. José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior
Coordenador da Pesquisa


Flávio Renato Barros da Guarda
Pesquisador

Autorizo os pesquisadores a utilizarem dados do Programa Academia da Saúde do Cabo de Santo Agostinho


Roberto Vieira de Lira
Secretário Municipal de Saúde
Coordenador de Educação em Saúde - SES

Av. Professor Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus III/FM559
Recife - PE - CEP: 50.670-420
Telefone: (81) 2101-2500/2101-2800 Fax: (81) 3453-1911

Roberto Vieira de Lira
Secretário Municipal de Saúde
Coordenador de Educação em Saúde - SES
Mat. 40339

ANEXO C – Carta de Anuência do Município de Olinda**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**
Secretaria de Saúde**CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE**

Olinda, 17 de fevereiro de 2014.

Carta nº 002 / 2014

A Secretária de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação do estudante, **FLAVIO RENATO BARROS DA GUARDA**, responsável técnico pela pesquisa intitulada: **“Análise dos processos de trabalho dos profissionais de educação física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região metropolitana do Recife”**, resolve autorizar a realização da mesma no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.

Atenciosamente,

TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO D – Carta de Anuência do Município de Jaboatão dos Guararapes

PREFEITURA DO JABOATÃO DOS GUARARAPES
SECRETARIA DE POLÍTICAS SOCIAIS INTEGRADAS
SECRETARIA EXECUTIVA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
GABINETE

Jaboatão dos Guararapes, 24 de Fevereiro de 2014

CARTA DE ANUÊNCIA

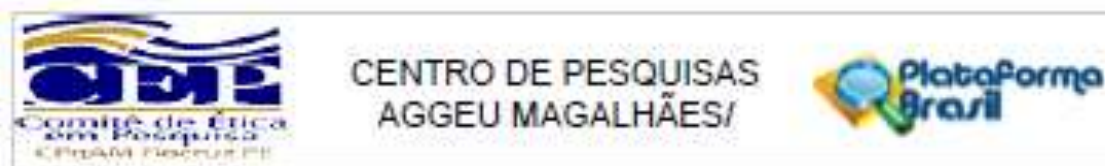
A pesquisa “ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE PERNAMBUCO”, do aluno Flávio Renato Barros da Guarda, doutorando do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/FIOCRUZ), está autorizada a ser realizada nesta instituição, mediante autorização prévia do Comitê de Ética e Pesquisa, sob acompanhamento do Orientador José Luiz do Amaral Correia de Araújo Junior, conforme projeto de pesquisa apresentado.

A aceitação está condicionada ao cumprimento dos pesquisadores aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.


Suely Almeida
Sec. Exec. de Promoção da Saúde
em Exercício
Matrícula: 18034-1

Suely Almeida
Secretária Executiva de Promoção da Saúde em exercício

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética na Pesquisa da Fiocruz Pernambuco



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA QUE ATUAM NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE

Pesquisador: Flávio Renato Barros da Guarda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 29229814.3.0000.5190

Instituição Proponente: Fundação Oswaldo Cruz

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 688.676

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto:

o projeto de pesquisa será conduzido na perspectiva de buscar respostas ao seguinte questionamento: como se organizam e executam os processos de trabalho dos Profissionais de Educação Física que atuam no Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife?

Visa a verificação de adequação de estruturação física/estrutural, material e pessoal em relação ao cumprimento das políticas preconizadas pelo governo federal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

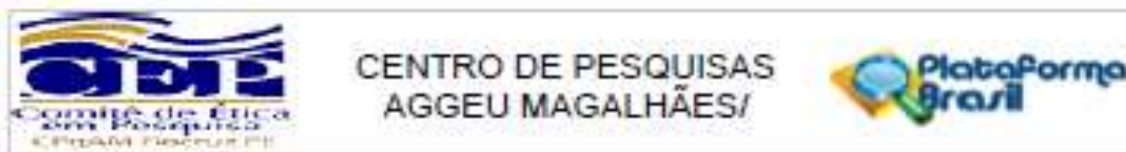
Analisar os processos de trabalho desenvolvidos por Profissionais de Educação Física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

Objetivo Secundário:

- I. Descrever, através de pesquisa documental, o processo de criação e implantação do Programa Academia da Saúde no Estado de Pernambuco;
- II. Revisar a literatura acerca da formação, perfil e competências dos Profissionais de Educação Física para atuar no Sistema Único de Saúde;
- III. Caracterizar os processos de trabalho (individual e multiprofissional) desenvolvidos pelos

Endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2839 Fax: (81)2101-2839 E-mail: comiteetico@cpqam.fiocruz.br

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética na Pesquisa da Fiocruz Pernambuco



Continuação do Parecer: 690.678

Profissionais de Educação Física no Programa Academia da Saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa possui relevância e viabilidade. Há adequação entre objetivos e métodos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo de pesquisa bem estruturado e com validade científica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de junho de 2017. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

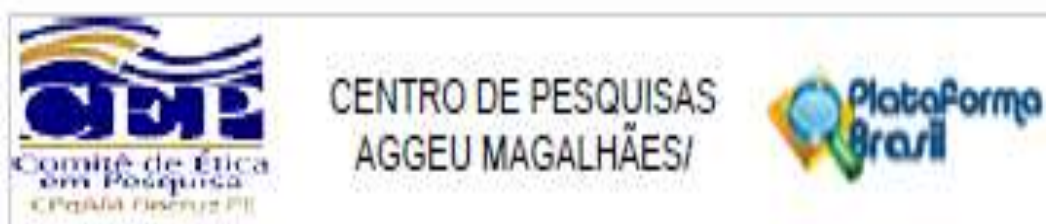
Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Prof. Moraes Rêgo, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.870-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetico@cpqem.fiocruz.br

**ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética na Pesquisa da
Fiocruz Pernambuco**



Continuação do Parecer: 000.070

RECIFE, 16 de Junho de 2014

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)