

DENISE MOURÃO FALCI

**FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
DA TURMA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UFMG**

**Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte/MG
2013**

DENISE MOURÃO FALCI

**FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO
DA TURMA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CURSO DE
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UFMG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Política de Saúde e Planejamento)

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Soraya Almeida Belisário

**Belo Horizonte/MG
2013**

F178f Falci, Denise Mourão.
Formação para Atenção Primária à Saúde [manuscrito]: um estudo de caso da turma de profissionais de educação física do curso de especialização em atenção básica em saúde da família da UFMG. / Denise Mourão Falci. - - Belo Horizonte: 2013.
77f.: il.
Orientador: Soraya Almeida Belisário.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Recursos Humanos em Saúde/história. 3. Recursos Humanos em Saúde/tendências. 4. Prática Profissional. 5. Saúde da Família. 6. Pesquisa Qualitativa. 7. Dissertações Acadêmicas. I. Belisário, Soraya Almeida. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 546

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitoria de Pesquisa

Prof. Renato de Lima Santos

FACULDADE DE MEDICINA**Diretor**

Prof. Francisco José Penna

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**Coordenadora**

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Sub-Coordenadora

Prof^a Sandhi Maria Barreto

Colegiado**Representantes Docentes**

Ada Ávila Assunção

Eli Iola Gurgel Andrade

Fernando Augusto Proietti

Mariângela Leal Cherchiglia

Mark Drew Crosland Guimarães

Sandhi Maria Barreto

Representantes Discentes

Gustavo Machado Rocha

Larissa Fortunato Araújo



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Soraya Almeida Belisário, Daisy Maria Xavier de Abreu, Kátia Euclides de Lima e Borges e Raphael Augusto Teixeira de Aguiar, aprovou a defesa da dissertação intitulada "**FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA TURMA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**" apresentada pela aluna **Denise Mourão Falci** para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 20 de fevereiro de 2013.

Soraya Almeida Belisário
Profa. Soraya Almeida Belisário
Orientadora

Daisy Maria Xavier de Abreu
Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu

Kátia Euclides de Lima e Borges
Profa. Kátia Euclides de Lima e Borges

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

*À Atenção Primária à Saúde brasileira,
especialmente ao Profissional de Educação Física.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus que planeja brilhantemente a minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública que me deu a oportunidade de obter conhecimentos e de realizar pesquisa em uma área que tanto interessa.

À Soraya Almeida Belisário por realizar esta trajetória comigo, ensinando-me o caminho de forma tão generosa e responsável.

À CAPES pelo apoio financeiro por meio de bolsa, a qual foi fundamental para a minha manutenção em um momento tão novo de minha vida.

Aos entrevistados desta pesquisa, os quais foram imprescindíveis ao desenvolvimento da mesma.

Aos membros da banca de qualificação e defesa que sempre estão dispostos a auxiliar no engrandecimento da pesquisa, de forma especial, desse trabalho.

À minha mãe que me ensina e inspira a lutar pelo que importa diariamente, principalmente pela vida.

Aos meus irmãos Du, Léo, Ló e Dani, pela torcida e confiança.

Ao meu noivo Marcus que soube entender cada sorriso, cada lágrima e esteve comigo em todo momento.

À minha família e a do meu noivo que torceram e intercederam por mim em suas orações.

Aos amigos Tininha, Paula Aryane, Fulgêncio, Thati, Grá e Camélia pelo apoio e compreensão nos meus momentos de ausência e silêncio.

A todos que, de certa forma, torceram por mim.

RESUMO

A entrada recente do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde, principalmente após a sua inserção no Núcleo de Apoio à Saúde da Família, evidenciou a sua frágil formação para este contexto. Este trabalho objetivou analisar uma estratégia de formação do Profissional de Educação Física para sua inserção na Atenção Primária à Saúde, com os seguintes objetivos específicos: resgatar a trajetória do Profissional de Educação Física na atenção primária; identificar os desafios enfrentados por eles nesse nível de atenção e analisar a sua formação para a Atenção Primária à Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso. Foram utilizados diferentes instrumentos de coleta de dados: pesquisa documental, grupos focais e entrevista semiestruturadas. Na pesquisa documental foram utilizados artigos científicos, livros, dissertações e teses, além de documentos governamentais e institucionais. A partir da pesquisa documental, contextualizou-se historicamente a inserção da Educação Física na atenção primária com ênfase em sua formação para este campo. Foram realizados dois grupos focais entre 15 bacharéis em Educação Física, alunos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/ UFMG. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas individualmente com os seguintes informantes-chave: um representante da coordenação do curso *lato sensu* mencionado, um representante do curso de Graduação em Educação Física (bacharelado)/UFMG e um representante da presidência do Conselho Regional de Educação Física da 6ª região/ Minas Gerais. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, resultando nas seguintes categorias: inserção na Atenção Primária à Saúde; formação para a Atenção Primária à Saúde; e dificuldades. Os resultados possibilitaram evidenciar que a inserção do Profissional de Educação Física neste campo é recente e positiva, além de ser mencionada como uma quebra de paradigma para a profissão. No entanto, os indivíduos declararam que a formação graduada é insuficiente para a sua atuação na atenção primária, revelando a necessidade de mudanças curriculares, e identificando a pós-graduação como importante estratégia para minimizar essa deficiência. Neste contexto, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família foi apontado como uma importante estratégia de formação do Profissional de Educação Física, para o qual foi sugerida a sua continuação e expansão. As dificuldades relatadas retrataram a resistência em se integrar às equipes, a indefinição de atribuições e a inexistência de um plano de metas. Concluiu-se que a inserção recente do Profissional de Educação Física na atenção primária trouxe expectativas positivas, porém a frágil formação graduada para a atenção primária dificulta a sua inserção nesta área, sendo necessária a implementação de estratégias que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Educação Física. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família. Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

The recent entry of Physical Education Professional in Primary Health Care, especially after its insertion into the Support Center for Family Health, showed his fragile training for this context. This study aimed to analyze a training strategy of the Physical Education Professional for its insertion in Primary Health Care, considering the following specific objectives: to describe the trajectory of Physical Education Professional in primary care, to identify the challenges faced by them at this level of care and to analyze their training for the Primary Health Care. This is a qualitative exploratory study of case study. Different instruments were used for data gathering: documentary research, focus groups and semi structured interview. In the documentary research, scientific articles, books, dissertations and both government and institutional documents have been used. From the documentary research was historically contextualized the insertion of Physical Education in primary care with an emphasis on their training for this field. Two focus groups were conducted among 15 bachelors in Physical Education, students of the Specialization Course in Primary Care Family Health / UFMG. The semi structured interviews were conducted individually with the following key informants: one representative of the coordination of the specialization course mentioned, one representative of the Undergraduate course in Physical Education/ UFMG and one representative of the presidency of the Regional Council of Physical Education, 6th Region / Minas Gerais. Data were analyzed through content analysis, resulting in the following categories: integration into Primary Health Care; training for Primary Health Care and difficulties. It was possible to show that the insertion of Physical Education Professional in this field is recent and positive, and was mentioned as a paradigm shift for the profession. However, individuals stated that training is insufficient for their performance in primary care, revealing the need for curricular changes and identifying undergraduation as an important strategy to reduce this deficiency. In this context, the Specialization Course in Primary Care in Family Health was identified as an important strategy for the training of Physical Education Professional. Its continuity and expansion were suggested. Difficulties, resistance in joining the teams, the lack of definition of the functions and the lack of a goal plan were reported. It was concluded that the inclusion of the recent Physical Education Professional in primary brought positive expectations, but the fragile undergraduate training for primary care hinders their integration in this area, which leads to the need for implementation of strategies that are consistent with the principles and guidelines of Brazilian Health System.

Keywords: Physical Education. Primary Health Care. Family Health. Human Resources Formation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF –	Atividade Física
APEF –	Associação dos Professores de Educação Física
APS –	Atenção Primária à Saúde
CEABSF –	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
COEP –	Comitê de Ética em Pesquisa
CONFED –	Conselho Federal de Educação Física
CREF –	Conselho Regional de Educação Física
CREF6/MG –	Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região – Minas Gerais
DCN –	Diretriz Curricular Nacional
EaD –	Educação a Distância
EEFFTO –	Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
EF –	Educação Física
ESF –	Estratégia Saúde da Família
IES –	Instituição de Ensino Superior
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON –	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEF –	Profissional de Educação Física
PET-Saúde –	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PNPS –	Programa Nacional de Promoção da Saúde
Pró-Saúde –	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PSF –	Programa de Saúde da Família
RMSF –	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SC –	Saúde Coletiva
SESu –	Secretaria de Educação Superior
SF –	Saúde da Família
SGTES –	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SP –	Saúde Pública
SUS –	Sistema Único de Saúde
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS –	Unidade Básica de Saúde
UFMG –	Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS –	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral	17
2.2	Objetivos Específicos	17
3	MÉTODOS.....	18
3.1	Caracterização do Estudo.....	18
3.2	Período e sujeitos do estudo	19
3.3	Coleta de dados.....	19
3.4	Análise dos dados	20
3.5	Aspectos Éticos	21
3.6	Dificuldades	21
4	ARTIGO I –.....	22
	RESUMO.....	22
	ABSTRACT.....	22
	INTRODUÇÃO	23
	UM BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL	23
	O Movimento Higienista (1889-1930).....	24
	Fase da militarização (1930-1945)	25
	Fase da pedagogização (1945-1964).....	25
	Fase competitivista (1964-abertura democrática).....	26
	Fase popular (após a abertura democrática).....	27
	REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO	27
	A EDUCAÇÃO FÍSICA NA APS	28
	A Formação em Educação Física e a APS	30
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
5	ARTIGO II –	42
	Formação do Profissional de Educação Física para a Atenção Primária à Saúde.....	42
	RESUMO.....	42
	ABSTRACT.....	42
	INTRODUÇÃO	43
	MÉTODO	44

RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
Inserção na APS.....	45
Formação para APS	48
Dificuldades.....	56
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7 CONCLUSÕES	65
REFERÊNCIAS (Considerações Iniciais e Método).....	66
APÊNDICES	68
APÊNDICE A – Roteiro para desenvolvimento dos Grupos Focais	69
APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada à coordenação do CEABSF/UFMG	70
APÊNDICE C– Roteiro de entrevista semiestruturada ao coordenador do curso de Graduação em Educação Física (Bacharelado) da UFMG	71
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada à presidência do CREF6/MG	72
ANEXOS.....	73
ANEXO A – Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	74
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	75
ANEXO C – Ata da defesa de dissertação de Mestrado	76

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade e está organizado de forma regionalizada e hierarquizada em três níveis de atenção à saúde, entre eles, a Atenção Primária à Saúde (APS).

A APS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde nos âmbitos individual e coletivo, que abrange, dentre outras, a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, as quais devem ser desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe (BRASIL, 2011).

Esse nível de atenção deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Além disso, a APS visa a desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde do indivíduo e das coletividades, orientando-se pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização e participação social, além dos já mencionados princípios do SUS (BRASIL, 2011).

No Brasil, uma das principais iniciativas dedicadas à organização da atenção à saúde foi o fortalecimento da APS, que teve início por meio do estabelecimento de dois programas de saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) (VIANA, DAL POZ, 2005).

O PACS, criado em 1991, foi o primeiro programa a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais o indivíduo. De início, esse programa foi implantado nas regiões Norte e Nordeste, em áreas rurais e periurbanas, visando a dar suporte à assistência básica onde não houvesse condições de interiorização da assistência médica. As famílias mais expostas ao risco de adoecer e virem a óbito foram priorizadas, tendo como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil através da implementação de ações básicas de saúde, custo-efetivas e desenvolvidas extramuros, não mais centradas na figura do médico (BUSS, CARVALHO, 2009).

Em decorrência do êxito do PACS e da necessidade de incorporar novos profissionais à equipe, criou-se o PSF, transformado em política estruturada em 1994, sendo que sua implantação inicial também se deu de forma prioritária em áreas de risco (VIANA; DAL POZ, 2005).

O PSF foi criado para prestar assistência integral com ênfase nas ações de promoção da saúde por meio do trabalho de uma equipe de Saúde da Família (SF) composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, em território de abrangência definida (BRASIL, 1997a). Posteriormente, essa equipe pôde ser ampliada com a inclusão da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2000).

Um dos propósitos do PSF foi colaborar com o processo de municipalização do SUS através da promoção da integralidade do atendimento e do estímulo à participação da comunidade por meio da reorganização das práticas de trabalho. Dessa forma, a adoção da SF proporcionou à APS um caráter mais abrangente como modelo para a atenção primária do SUS, que deveria estar articulada aos demais níveis e orientar a reestruturação do sistema (VIANA; DAL POZ, 2005).

Neste cenário, houve a expansão desse programa para outras regiões do território nacional, e práticas reducionistas sobre a saúde foram evitadas, o que ocasionou, em 1998, a consolidação do PSF como modelo de atenção à saúde, deixando de ser considerado como um *programa* para se tornar uma importante *estratégia* de ampliação e reorientação do modelo da rede de serviços públicos (CONILL, 2008; LENTSCCK *et al.*, 2010), passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF).

A partir de 2005, iniciaram-se discussões sobre a incorporação de novas categorias profissionais à ESF com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolubilidade (CASTRO; MACHADO, 2010).

Em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o qual regulamentou a inserção de profissionais da saúde de diferentes áreas do conhecimento para atuarem em parceria com as equipes de SF, sendo eles: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico especialista em homeopatia, pediatria, psiquiatria, ginecologia e acupuntura, além do Profissional de Educação Física (PEF), foco deste estudo (BRASIL, 2008).

Os profissionais do NASF deveriam realizar ações correspondentes aos seguintes eixos centrais: participação popular, acolhimento, humanização da atenção, intersetorialidade, corresponsabilidade, ações multiprofissionais e transdisciplinares (BRASIL, 2008). Entretanto, o PEF não estava historicamente familiarizado com as ações desenvolvidas no SUS, principalmente no que se referia à APS.

Em uma breve retrospectiva histórica dos marcos do desenvolvimento profissional da Educação Física (EF), constatou-se que até a década de 1980 sua trajetória histórica esteve atrelada às transformações políticas sofridas pelo Brasil. Até então, a EF era vista como uma importante estratégia para os projetos relacionados ao higienismo, eugenia e militarismo, os quais eram baseados em conhecimentos biológicos. A Saúde Pública não era o foco de tais projetos, o que não favoreceu o desenvolvimento de habilidades e competências próprias para a atuação nesta área.

No entanto, o Conselho Nacional de Saúde, por assumir a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde para atingir a integralidade da atenção, homologou a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, que reconheceu a EF, entre outras, como profissão da saúde (BRASIL, 1997b), conferindo ao PEF um caráter formal de inserção neste setor.

O bacharel em EF passou a ser requisitado de forma cada vez mais frequente no serviço público de saúde por meio de seus conhecimentos específicos em promover programas de atividade física e esportiva para a sociedade, sob diferentes condições, conceitos e possibilidades metodológicas (VIEIRA *et al.*, 2010).

Anteriormente à implementação dos NASF, o PEF estava presente no contexto da APS apenas em ações de saúde pontuais, de caráter muitas vezes residual (BONFIM, COSTA, MONTEIRO, 2012). A partir dos NASF, esse profissional se inseriu formalmente neste nível de atenção, mesmo que de forma ainda incipiente.

Porém, a inexperiência histórica do PEF para a atenção integral e sua recente inserção na APS evidenciou que a atuação neste campo extrapola a sua formação, que ainda persiste em uma visão limitada às dimensões biológicas (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009) e centrada na melhoria da aptidão física/ atlética (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008), com predomínio de disciplinas de abordagem curativa, prescritiva e uma reduzida valorização da temática Saúde Coletiva / Saúde Pública (COSTA *et al.*, 2012; LOCH *et al.*, 2011; SOUZA, LOCH, 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS, DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009). Além disso, observa-se uma carência de contato com outros cursos de graduação em saúde e com a própria prática profissional por meio de estágios no contexto da APS (PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009).

O fato de o PEF estar inserido no campo da Saúde Pública e apresentar um conhecimento insuficiente para atender os objetivos do SUS, bem como da APS, gera demanda para a

reorganização de sua prática por meio de sua formação. Como consequência deste descompasso e na tentativa de minimizar ou solucionar os seus efeitos, estão sendo desenvolvidas, mesmo que de forma ainda tímida, mudanças curriculares e estratégias complementares à formação no sentido de atender às necessidades profissionais dos PEF (COSTA et al., 2012; LOCH et al., 2011; SOUZA, LOCH, 2011; PASQUIM, 2010; ANJOS, DUARTE, 2009).

Entre as estratégias complementares, pode-se citar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), que faz parte do Programa Ágora, gerenciado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), órgão complementar à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (UFMG, 2011).

O CEABSF/UFMG é oferecido na modalidade a distância e teve em 2008, sua primeira turma. Foi inicialmente dirigido a médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, os quais deveriam estar formalmente vinculados à SF. Assim, profissionais dessas três categorias constituíram turmas multiprofissionais, as quais foram denominadas Alfa, Beta, Gama, Delta e Épsilon. Nesta última foram alocadas 125 vagas, das quais 50 eram destinadas apenas aos PEF ligados aos NASF. Tal fato conferiu um caráter especial a essa turma (UFMG, 2010).

Os PEF da turma Épsilon seguiram a mesma estrutura de curso das turmas multiprofissionais. Porém, para a sua inclusão foi necessário o desenvolvimento de material específico à área e acompanhamento por tutores também PEF. A oportunidade de interação com os demais profissionais ocorreu através das disciplinas optativas.

Para que a formação do PEF se dê em consonância com os princípios do SUS, e consequentemente da APS, acredita-se que esta deva ser construída continuamente, em um processo interativo entre os envolvidos, o que torna de fundamental importância o conhecimento quanto à percepção dos atores que fazem parte do processo de formação do PEF no sentido de identificar as necessidades abordadas pelos mesmos, e, assim, subsidiar futuras reflexões e discussões sobre o tema.

Assim, pretende-se com este estudo favorecer um maior conhecimento sobre a formação do PEF para a APS – tema ainda pouco explorado por produções científicas; e subsidiar reflexões e discussões futuras no sentido de favorecer este processo.

A opção pelo trabalho como tema deste estudo se deve à experiência profissional da mestrande como supervisora de estágio na APS, o qual era ofertado no último período da graduação de um curso da saúde. Esta experiência possibilitou observar a grande dificuldade de os acadêmicos atuarem nesse nível de atenção, principalmente por não deterem o conhecimento teórico no que diz respeito ao sistema de saúde e ao serviço em si, o que dificultou o seu reconhecimento enquanto profissional da saúde neste campo.

Esta dissertação está organizada em formato de Artigo Científico, como preveem as normas do Manual de Orientação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG (UFMG, 2012) e tem a seguinte estruturação:

- O Artigo I, intitulado “**Aspectos contextuais da inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde**”, objetiva contextualizar a inserção do PEF na APS a partir de sua trajetória histórica e será submetido à **Revista da Educação Física/ UEM** (Universidade Estadual de Maringá).
- O Artigo II, intitulado “**Formação do Profissional de Educação Física para a Atenção Primária à Saúde**” apresenta os resultados da pesquisa e objetiva analisar a formação do PEF para sua inserção na APS. Este artigo foi submetido à revista **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, em dezembro de 2012.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar uma estratégia de formação do PEF para sua inserção na APS.

2.2 Objetivos Específicos

- Resgatar a trajetória histórica do PEF (Artigo I);
- Contextualizar a inserção do PEF na APS (Artigo I);
- Analisar a inserção do PEF na APS (Artigo II);
- Identificar os desafios enfrentados pelos PEF na APS (Artigo II);
- Analisar a formação do PEF para a APS (Artigo II).

3 MÉTODOS

3.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória do tipo estudo de caso.

Esse delineamento envolve o universo da produção humana (relações, representações e intencionalidades). O conhecimento deste universo, a partir das falas, símbolos e observações dos sujeitos, facilita a compreensão e interpretação de diversos fenômenos individuais e coletivos (MINAYO, 2009).

O estudo de caso possibilita uma observação direta sobre um fenômeno e investigação ampla de alguns objetos, o que permite um maior detalhamento dos mesmos (YIN, 2005; GIL, LICHT, SANTOS, 2006).

No presente estudo, foram utilizados diferentes instrumentos de coleta de dados: pesquisa documental, grupos focais e entrevista semiestruturada.

A pesquisa documental é um procedimento que utiliza técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos de variados tipos. A sua utilização tem o objetivo de obter informações, indicações e esclarecimentos a determinadas questões (SÁ-SILVA *et al.*, 2009).

O grupo focal possibilita um melhor entendimento de como se formam as diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviços (CARLINI-COTRIM, 1996). Cada grupo focal deve ser composto por no mínimo seis e no máximo dez integrantes, os quais devem apresentar características comuns relacionadas ao tema da pesquisa (CARLINI-COTRIM, 1996). Também deve contar com a presença de um moderador e um assistente. O primeiro deve garantir que todos os tópicos de um roteiro sejam contemplados. Já o segundo, deve intervir eventualmente, observar a conduta do grupo e fazer anotações em um diário de campo quando necessário, assim como proposto por Minayo (2004).

A entrevista semiestruturada parte de questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses que interessam ao estudo. Os questionamentos dão frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos informantes. O foco principal é colocado pelo investigador-entrevistador. A entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” além de manter a

presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 152)

3.2 Período e sujeitos do estudo

A pesquisa de campo foi realizada no primeiro semestre de 2012 e, para a seleção dos sujeitos, utilizou-se a técnica de “amostragem por variedade de tipos”, na qual os sujeitos são selecionados por critérios de homogeneidade eleitos pelos pesquisadores, com número fechado de informantes (TURATO, 2003).

Participaram do estudo 15 bacharéis em Educação Física, alunos da Turma Épsilon do CEABSF/UFMG, um representante da coordenação do curso *lato sensu* mencionado, um representante da coordenação do curso de Graduação em Educação Física – Bacharelado, da UFMG, e um representante da presidência do Conselho Regional de Educação Física da 6ª região/ Minas Gerais (CREF6/MG).

Os 15 PEF foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: possuir experiência na APS e estar em processo de conclusão do curso, já com orientação designada para o Trabalho de Conclusão de Curso.

O CEABSF/UFMG foi selecionado como cenário deste estudo por ser um curso de especialização em APS que teve suas vagas ampliadas aos PEF, já que inicialmente era oferecido somente às categorias tradicionais da SF (médicos, enfermeiros e dentistas).

Os demais sujeitos da pesquisa foram selecionados partindo do pressuposto que estes pudessem contribuir, a partir de suas experiências, ao considerar a formação do PEF para a APS.

3.3 Coleta de dados

Na pesquisa documental foram consultados artigos científicos, livros, dissertações e teses, além de documentos governamentais e institucionais, que possibilitassem a contextualização histórica da inserção da Educação Física na atenção primária. Não houve seleção de documentos por data de edição e a sua busca se deu em *sites* governamentais e institucionais; nas bases de dados do SCIELO, BIREME e LILACS; no acervo da biblioteca da UFMG, bibliotecas virtuais e pela aquisição de exemplares.

Optou-se por compor os grupos focais com os PEF, acadêmicos da Turma Épsilon, considerando que estes teriam compartilhado experiências semelhantes quanto à formação e inserção na APS, o que facilitaria a comunicação e discussão do tema em maior profundidade.

Os grupos focais foram executados na Faculdade de Medicina da UFMG, em salas adequadas à pesquisa e em dia e horário previamente pactuados junto à coordenação do CEABSF, de forma que coincidissem com o cronograma dos encontros presenciais.

Todos os acadêmicos presentes no dia agendado aceitaram participar do estudo e compuseram dois grupos focais, sendo um constituído por sete integrantes e o outro pelos oito restantes. Ambos os grupos foram desenvolvidos de acordo com o sugerido pela literatura e foram realizados em um único encontro, com duração próxima à uma hora e 15 minutos cada, sem intervalos.

Os demais sujeitos da pesquisa participaram de entrevista individualizada e semiestruturada. Tais entrevistas foram previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos informantes-chave e tiveram duração média de 30 minutos.

Para a execução dos grupos focais o moderador contou com um roteiro norteador (APÊNDICE A). Já as entrevistas semiestruturadas foram guiadas por roteiros individualizados, sendo um para o representante da equipe coordenadora do CEABSF/UFMG (APÊNDICE B), outro para o representante da coordenação do curso de Graduação em Educação Física – Bacharelado, da UFMG (APÊNDICE C) e, por último, um destinado ao representante da presidência do CREF6/MG (APÊNDICE D).

Tais roteiros específicos foram compostos por questões-guia que deram cobertura ao interesse da pesquisa, as quais abordaram os seguintes temas: inserção do PEF na APS; formação do PEF para a APS; e dificuldades enfrentadas com a sua inserção na APS.

As contribuições obtidas com os grupos focais e entrevistas semiestruturadas foram registradas por um gravador digital para posterior transcrição.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008), a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas de análise das comunicações, através de procedimentos sistemáticos e objetivos, os quais visam descrever o conteúdo das mensagens para interpretá-las.

Todas as falas gravadas foram transcritas na íntegra, sem alterações e correções gramaticais. Para a garantia do anonimato, os participantes foram designados por códigos, sendo E1, E2 e E3 para os sujeitos entrevistados e GF1 e GF2 para os grupos focais desenvolvidos.

Após as transcrições, o material obtido foi pré-analisado com o objetivo de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Na etapa seguinte foi realizada a exploração do material e codificação dos dados. Por segmento, realizou-se o tratamento dos resultados por meio da categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças, e, após a categorização, os elementos foram reagrupados em função das características comuns. Para finalizar, os elementos categorizados e agrupados foram interpretados (BARDIN, 2008).

Este processo de análise resultou nas seguintes categorias: inserção na APS; formação para a APS; dificuldades.

3.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG), conforme determinado pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer CAAE – 0696.0.203.000 – 11 (ANEXO A).

Os sujeitos da pesquisa foram informados quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO B), o qual garantiu a participação voluntária e anônima.

3.6 Dificuldades

No dia agendado para a realização dos grupos focais, apenas 15 PEF da turma Épsilon do CEABSF/UFMG, compareceram à Faculdade de Medicina/UFMG. Assim, a proposição inicial de realização de três grupos focais, foi ajustada ao pequeno número de participantes. Foram, então, realizados dois grupos focais, de forma a atender as determinações da literatura quanto ao número de integrantes por grupo.

4 ARTIGO I –

Aspectos contextuais da inserção do Profissional de Educação Física na Atenção Primária à Saúde

Contextual aspects of the insertion of Physical Education Professional in Primary Health Care

RESUMO

Sem tradição histórica no campo da Atenção Primária à Saúde, a Educação Física foi recentemente inserida neste contexto, especialmente após a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O objetivo deste artigo foi contextualizar a inserção do Profissional de Educação Física na atenção primária a partir de sua trajetória histórica. Para tanto, realizou-se uma ampla análise documental, em que se observou que, desde a Proclamação da República até a década de 1980, a Educação Física esteve atrelada às transformações políticas sofridas no Brasil. Posteriormente, outros fatores passaram a nortear esta atividade e sua formação, dentre eles a atuação na atenção primária, que demandou ações que extrapolaram sua formação. Portanto, torna-se necessário reestruturar os modelos curriculares de sua graduação e desenvolver estratégias complementares, o que poderia favorecer a inserção deste profissional na atenção primária e contribuir para a sua consolidação neste contexto e para a qualidade do serviço de saúde.

Palavras-chave: Educação Física; Atenção Primária à Saúde; Formação de Recursos Humanos.

ABSTRACT

Without historical tradition in the field of Primary Health Care, Physical Education was recently inserted in this context, especially after the creation of the Support Center for Family Health. The aim of this article was to contextualize the insertion of Physical Education Professional in Primary Health Care from its historical path. Therefore, we carried out an extensive documentary analysis, in which was noticed that, from 1889 until the 1980s, physical education was linked to political changes in Brazil. Later, further factors have guided professional development in this area, such as performance in primary care, which has been requiring actions that went beyond their training. Therefore, it is necessary to restructure their graduation curriculum models and develop complementary strategies, which could favor the inclusion of this worker in primary care and contribute to its consolidation in this context and to an improvement in the quality of health services.

Keywords: Physical Education; Primary Health Care; Human Resources Formation.

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, a Educação Física (EF) foi consolidada através de sua atuação na educação, performance e estética. No entanto, o Profissional de Educação Física (PEF) foi inserido recentemente na Atenção Primária à Saúde (APS), em um contexto norteado pela integralidade da atenção e sob a dinâmica de trabalho em equipe, questões que não faziam parte de seu cotidiano profissional.

A criação em 2008 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi um marco na inserção do PEF na APS, uma vez que, até então, esse profissional se inseria no campo em questão de forma pontual e residual. Com o NASF, o PEF passou a atuar formalmente na APS em apoio às equipes de Saúde da Família (SF), nas Unidades Básicas de Saúde.

Considerando-se que a APS não é um campo tradicional de atuação do PEF, sendo sua inserção na área ainda recente, este estudo tem como objetivo contextualizar a inserção do PEF na APS a partir de sua trajetória histórica no Brasil. A apresentação do contexto histórico busca demonstrar as diversas fases e práticas adotadas ao longo do processo de construção da atividade, a fim de compreender a atuação do PEF na APS.

Trata-se, portanto, de um estudo qualitativo em que se utilizaram termos como “Profissional de Educação Física”, “Educação Física”, “Atenção Básica”, “Atenção Primária à Saúde”, “Núcleo de Apoio à Saúde da Família”, entre outros que estivessem relacionados ao histórico do PEF, bem como à sua atuação e formação para APS. Foram consultadas bases eletrônicas como LILACS, BIREME e SCIELO, mas buscou-se também por artigos científicos mesmo que não publicados em revistas indexadas pelas bases de dados citadas acima, bem como livros, dissertações e teses, além de documentos governamentais e institucionais. Não houve exclusão de documentos segundo a data de sua publicação.

UM BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

Até a década de 1980, a trajetória histórica da EF esteve atrelada às transformações políticas sofridas pelo Brasil. Até então, a EF foi vista como uma importante estratégia para os projetos relacionados ao higienismo, eugenia e militarismo, os quais eram baseados em “conhecimentos biológicos”. Após essa fase, outros fatores, como a demanda acadêmica, de mercado e da sociedade, passaram a nortear os caminhos percorridos pelos PEF e sua formação. Portanto, para uma reflexão sobre o contexto da inserção do PEF na APS, torna-se

importante sistematizar a trajetória histórica do desenvolvimento da Educação Física no Brasil.

O Movimento Higienista (1889-1930)

Com a Proclamação da República, na segunda metade do século XIX, a sociedade brasileira passou por mudanças fundamentais nos campos político, social e econômico. Essa transição histórica demandou a consolidação de uma nova sociedade, composta por homens saudáveis, fortes e produtivos (CASTELLANI FILHO, 2006). Neste período, questionamentos sobre o fraco desenvolvimento brasileiro deram origem ao pensamento intervencionista, proveniente do Movimento Higienista, que defendia que os brasileiros não eram produtivos em razão da negligência governamental quanto à saúde e educação (GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2005).

O Movimento Higienista, baseado principalmente no conhecimento científico e biológico, buscava melhorar as condições de vida da população por meio do controle do comportamento (CHAGAS; GARCIA, 2011). Além disso, a ideia central desse movimento passou a ser a valorização da população como um bem, baseando-se na afirmativa de que um povo educado e saudável seria a principal riqueza da nação (GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2003; 2005). Dessa forma, a atividade física recebeu destaque como um importante meio de fortalecimento da espécie e constituiu o pilar dos discursos políticos e intelectuais que objetivassem a transformação social, através da homogeneização física da população, eliminando tudo o que fosse corporalmente intolerável e reprogramando o corpo pelo exercício. Esses discursos foram subsidiados cientificamente pelos preceitos da higiene e da eugenia, o que favoreceu a consolidação dessa concepção e prática (GOELLNER, 2010).

A perspectiva do projeto político e social da higienização não se ateu somente ao controle sobre os corpos, mas também sobre o caráter moral e comportamental dos indivíduos. Com a intervenção da medicina higienista e da exercitação física, esperava-se controlar a população quanto à sua “delinquência” (AMARAL, 2001) e “indolência”, e, assim, torná-la mais contida e produtiva, além de provocar o robustecimento do caráter (GOELLNER, 2010; SILVA, 2008).

Posteriormente, esse movimento encontrou na educação um poderoso ambiente para propagar suas ideias e atingir os seus objetivos sociais partindo do raciocínio de que, oferecendo uma educação higiênica às crianças, essas se tornariam adultos saudáveis e fortes (GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2003).

Fase da militarização (1930-1945)

Com o desenvolvimento da industrialização e urbanização e com o Estado Novo, a EF passou a ser uma importante estratégia para o fortalecimento e aumento da produtividade do trabalhador (GUIMARÃES et al., 2001) e para a formação de uma juventude apta a defender a pátria, dando-se início à fase da militarização desta atividade (CHAGAS; GARCIA, 2011).

Até o início do século XX não existiam escolas de formação em EF no Brasil. Essa atividade era executada por militares, e o seu saber se limitava à instrução prática (GOELLNER, 2010). Nas primeiras décadas desse século, fundaram-se as primeiras escolas de formação em EF, as quais ofertavam cursos de curta duração voltados prioritariamente para a capacitação dos militares. Os cursos que aceitaram a participação de civis tinham a sua formação também vinculada ao exército, já que a mesma se dava sob o ensinamento de militares (SOUZA NETO et al., 2004).

Segundo Ferreira Neto (1999), a criação de escola de formação de civis não significou a desmilitarização da área; pelo contrário, significou a extensão do controle militar para além do ensino, uma vez que a influência militar na formação de civis os transformou em “cidadãos-soldado”. Por outro lado, de acordo com Marchi Neto et al. (1999), os primeiros professores civis formados passaram a disputar espaço no interior das escolas com base em outras referências, o que favoreceu o distanciamento da EF das concepções médico-militares.

Em meio a essa formação ofertada por militares, em 1937 a EF foi incluída no currículo escolar, não como disciplina curricular, mas como prática educativa obrigatória, que se assemelhava ao treinamento desenvolvido nas instituições militares. Assim, a EF nas escolas assumiu um caráter treinador e adestrador, voltado para uma educação higienizada, biológica e militarizada, que atendia aos interesses da burguesia e militar (CASTELLANI FILHO, 2006; GUIMARÃES et al., 2001).

Dessa forma, a instalação da EF como prática pedagógica nas escolas foi, até então, fortemente influenciada pela medicina, vinculada ao projeto civilizatório de construção da nação, e pela instituição militar, relacionada à construção do Estado Novo (BRACHT, 1999).

Fase da pedagogização (1945-1964)

Após a II Guerra Mundial, até o início da década de 1960, a EF assumiu a fase da pedagogização, em que os profissionais da área se esforçaram para torná-la uma prática não

somente ligada ao corpo e ao caráter, mas uma prática eminentemente educativa, e que fosse comum aos currículos escolares (GUIMARÃES et al., 2001). Esta fase foi o primeiro movimento na área que buscou a valorização da EF (CHAGAS; GARCIA, 2011).

O espaço da EF nas escolas passou a se construir de fato quando disciplinas, tais como “Prática de ensino”, “Recreação e lazer” e “Didática”, foram acrescentadas aos currículos dos cursos de EF. Essas disciplinas tinham o objetivo de formar os futuros profissionais da área com um olhar mais direcionado ao ato educativo, levando-os a pensar a atividade física como um meio de ir além da eficiência e do rendimento (CHAGAS; GARCIA, 2011).

Fase competitivista (1964-abertura democrática)

No período da ditadura militar brasileira, a EF assumiu a fase Competitivista. Durante esse período, a exercitação física foi usada para satisfazer a proposta política “Brasil Grande Potência”, a qual estava baseada no reconhecimento internacional do desporto de alto nível do país e na intensificação do nacionalismo. No entanto, o objetivo implícito dessa proposta era o de manipular a consciência popular e suprimir as manifestações reivindicatórias. Com isso, a EF entrou em crise, uma vez que os profissionais da área tiveram que aceitar a dominação militar, não podendo se contrapor às medidas arbitrárias e autoritárias (OLIVEIRA, 2002).

Nessa fase, a influência do esporte na EF assumiu tamanha dimensão que fez com que esta se tornasse subordinada àquele de tal maneira que o desporto passou a constituir a base de todo o processo de formação profissional na área (CHAGAS; GARCIA, 2011), e a EF passou a sustentar um perfil profissional híbrido: professor de EF/técnico desportivo (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012).

A partir da década de 1970, iniciou-se a estruturação da EF no campo acadêmico a partir das universidades. Como consequência, iniciou-se a busca pela qualificação dos docentes da graduação a partir dos programas de pós-graduação (BRACHT, 1999). Além disso, a produção acadêmica com critérios científicos no campo da EF começou a se desenvolver (OLIVEIRA, 2002). Alguns autores acreditam que o aumento do número de publicações e a maior realização de eventos e congressos específicos neste período geraram um maior contato com teorias contrárias ao modelo hegemônico e reflexões críticas sobre o aspecto estritamente biológico da EF, além de terem promovido uma ampliação da prática destes profissionais (DEBIEN; CANTANHEDE, 2010; MONTEIRO, 2009).

Fase popular (após a abertura democrática)

Esta fase não apresenta uma linha teórica definida. No entanto, no final da década de 1970, com o Movimento Sanitarista e com os avanços técnico-científicos das diversas áreas do conhecimento, a saúde passou a ser abordada de forma integral, com ênfase na promoção, proteção e recuperação da saúde, visando à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos (VIEIRA; REIS; SANTOS, 2010).

Em 1987, com a necessidade de modificar a formação graduada da EF com vistas a preparar o PEF para atuar no ensino ou no setor de saúde e esporte, o Ministério da Educação homologou a Resolução nº3/1987, em que a EF passou a ser organizada por eixos temáticos do conhecimento, delimitando duas áreas acadêmico-profissionais: a Licenciatura e o Bacharelado (BRASIL, 1987).

Do mesmo modo, o Conselho Nacional de Saúde, por assumir a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde para atingir a integralidade da atenção, homologou a Resolução nº 218, de 06 de março de 1997, a qual reconheceu, dentre outras categorias de nível superior, a EF como profissão da saúde (BRASIL, 1997).

O bacharel em EF foi inserido no serviço público de saúde para que aplicasse seus conhecimentos específicos sobre as diferentes possibilidades de promoção de programas de atividade física e esportiva para a sociedade, nas diferentes fases do ciclo da vida e sob diferentes condições (VIEIRA; REIS; SANTOS, 2010). Desta forma, a EF passa à fase de tendência social, em que busca a sua socialização.

REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO

O processo de regulamentação da EF estava em curso desde a década de 1940 com as Associações dos Professores de Educação Física (APEF) do Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, que juntas deram origem à Federação Brasileira das Associações de Professores de Educação Física em 1946 (CONFEEF, 2011).

O fato de os profissionais da EF atuarem principalmente no ambiente escolar tornou incoerente a desvinculação da EF da classe dos professores, a qual ainda não estava regulamentada. Somente na década de 1980 esta discussão foi resgatada e tomou uma maior proporção, uma vez que a maioria dos estados do país já possuía uma APEF, e todos estavam em consonância quanto à elaboração da regulamentação da profissão. Porém, ainda havia a

impossibilidade de se criarem conselhos para os professores de EF, pois eles continuavam vinculados à função de professor. Surgiu, assim, a necessidade de alterar também o nome designatório dessa atividade. Dentre várias propostas, prevaleceu a de “Profissional de Educação Física” (CONFEEF, 2011).

Na década de 1990 a discussão sobre esse assunto novamente tomou pulso, quando grupos de estudantes de EF começaram a se mobilizar em razão do aumento da atuação irregular por indivíduos sem formação específica na área, o que gerava uma maior competitividade no mercado emergente (setor saúde). Assim, em 1995 surgiu o “Movimento Nacional pela Regulamentação do Profissional de Educação Física” (CONFEEF, 2011).

A partir desta mobilização, a Lei 9.696, de 1º de setembro de 1998, foi sancionada. Tal lei reconheceu a EF como profissão e a regulamentou, criando o Conselho Federal de Educação Física (CONFEEF) e os Conselhos Regionais de Educação Física (CREF). Além disso, através deste documento houve uma limitação dos que poderiam atuar nesta área àqueles que fossem inscritos no CREF, o que só seria possível se o profissional possuísse diploma em curso de EF ou se comprovasse ter exercido atividades próprias da EF até a data do início da vigência da lei em questão (BRASIL, 1998).

Esta mesma lei também dispôs sobre as competências do PEF. Dentre elas, destaca-se a recomendação de que o mesmo seja capaz de coordenar, planejar, supervisionar, avaliar e executar programas e projetos, bem como realizar treinamentos especializados, participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do desporto (BRASIL, 1998).

Considerando a necessidade de definir claramente as atividades próprias dos PEF, constantes da Lei nº 9696/98, a Resolução do CONFEEF nº 046/2002 dispôs sobre a intervenção do PEF e suas respectivas competências e definiu os seus campos de atuação profissional. A partir dessa resolução, o PEF teria mais um instrumento norteador para as ações de fiscalização e organização do exercício da profissão, que também poderia orientar a elaboração de propostas curriculares dos cursos de formação na área da EF (CONFEEF, 2002).

A EDUCAÇÃO FÍSICA NA APS

Um estilo de vida fisicamente ativo possibilita qualidade de vida e convívio com a sociedade e com o meio, além de prevenir, em grande parte, as doenças não transmissíveis e melhorar a

qualidade de vida dos indivíduos. Essa potencialidade da atividade física, e a mesma como objeto de trabalho da EF, possibilitou um maior incentivo à inclusão do PEF ao sistema público de saúde, na APS (VIEIRA; REIS; SANTOS, 2010).

Com base na importância da atividade física para a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, iniciativas governamentais foram realizadas com vistas a reduzir o sedentarismo. Dentre elas, pode-se citar a Portaria nº 2.608, de 28 de dezembro de 2005, que estabeleceu que todos os estados da federação obteriam recursos destinados ao investimento em projetos locais de incentivo à prática da atividade física (BRASIL, 2005), e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada em 2006, a qual objetiva, dentre outros, promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados ao modo de viver (BRASIL, 2006).

Essas medidas resultaram, ainda que de forma muitas vezes pontual e residual, no aumento da demanda do PEF ao ser requisitado a contribuir com, ou desenvolver, várias ações e projetos públicos de saúde, como o Programa Agita São Paulo (desenvolvido na cidade de São Paulo e mais 150 cidades do interior de SP), Programa Agita Brasil (nacional), Programa Academia da Cidade (Belo Horizonte/MG; Aracajú/SE; Recife/PE), Programa Academia da Saúde (nacional), Programa Curitibativa (Curitiba/PR), Programa Saúde Ativa Rio Claro (Rio Claro/SP), Programa Se Bole Olinda (Olinda/PE), Programa Comunitário de Atividade Física (São Caetano do Sul/SP), Programa Caminhando para a Saúde (Santo André/SP), Programa Agita Lourdes (Lourdes/SP), entre outros (BONFIM; COSTA; MONTEIRO, 2012).

Segundo Bonfim, Costa e Monteiro (2012), grande parte das estratégias citadas apresenta uma tendência à implantação de programas de ginástica e caminhada, na tentativa de promover uma redução das doenças crônicas não transmissíveis. Portanto, nessa perspectiva, corre-se o risco de situar ao centro da questão somente a doença e, ao mesmo tempo, ignorar o próprio sujeito, o que torna tais ações dissonantes à PNPS, bem como à APS.

Somente após a criação do NASF, em 2008, com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da APS, bem como sua resolubilidade, o PEF também foi incluído formalmente no contexto da APS, em apoio à SF.

No NASF, o PEF tem atribuições comuns aos demais membros da equipe, como: identificar as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas; identificar o público prioritário a cada uma das ações; atuar, de forma integrada e planejada,

nas atividades desenvolvidas pelas equipes; desenvolver atividades coletivas tendo em vista a intersectorialidade; avaliar as atividades realizadas, sua implementação, seu desenvolvimento e seu impacto sobre a situação de saúde; elaborar e divulgar material educativo e informativo; realizar ações multiprofissionais e transdisciplinares; e desenvolver a corresponsabilidade (BRASIL, 2008). Ademais, segundo Martinez e Bacheladenski (2009), também são da competência do PEF as atividades correspondentes ao campo Atividade Física / Práticas Corporais.

Dentre as ações que abrangem o campo Atividade Física / Práticas Corporais estão: desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade; veicular informações que visem à promoção do autocuidado; incentivar a criação de espaços de inclusão social; proporcionar Educação Permanente em práticas saudáveis; capacitar profissionais para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de atividades físicas / práticas corporais; e supervisionar as atividades desenvolvidas pela SF na comunidade (BRASIL, 2008).

Por meio do NASF, procurou-se instituir a plena integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da qualificação e complementaridade do trabalho das equipes da SF, porém ainda observa-se um despreparo do PEF para atuar nesse campo da saúde, uma vez que sua atuação no NASF exige conhecimentos que extrapolam os limites dos modelos curriculares da EF brasileira (MARTINEZ; BACHELADENSKI, 2009).

A Formação em Educação Física e a APS

O fortalecimento do SUS pela APS e a implantação de novos modelos assistenciais, como a SF, representam uma importante expansão do mercado de trabalho e, por outro lado, a evidência de significativos desafios relativos aos recursos profissionais. Tais desafios estão dispostos tanto no plano quantitativo e distributivo dos profissionais da saúde no território nacional, quanto na qualificação dos mesmos. Este último vem ocupando a agenda da política de saúde como elemento de importância fundamental para a consolidação do sistema de saúde brasileiro (HADDAD et al., 2010).

Torna-se necessário conhecer a formação do PEF para a Saúde Pública, especificamente para a APS, uma vez que sua formação está diretamente relacionada à qualidade de sua atuação neste nível de atenção à saúde e, além disso, acredita-se que o vínculo do PEF ao setor saúde se estabelecerá de forma sólida pela qualidade do serviço que ele for capaz de oferecer, bem

como pela capacidade de atender às necessidades individuais e coletivas da sociedade (TANI, 2007).

Tani (2007) elaborou uma relação de sete fatores que podem influenciar no ensino para a formação em EF: necessidades sociais, mercado de trabalho, estrutura físico-administrativa, corpo de conhecimento, proposta do curso, corpo docente e discente.

Nesse sentido, a ampliação do mercado de trabalho para os PEF ao ingressarem no setor saúde, na Saúde Pública, influenciou mudanças consideráveis até mesmo na escolha dos acadêmicos pelo bacharelado (TANI, 2007; REZENDE et al., 2010).

Por outro lado, a dificuldade do PEF em atender às necessidades sociais na prática, no campo da Saúde Pública (TANI, 2007) também vem influenciando o ensino da EF, uma vez que esta situação indica a urgência em se buscar outros referenciais teórico-metodológicos para o entendimento do processo saúde/doença/cuidado nas comunidades (MARTINEZ; BACHELADENSKI, 2009).

O atual cenário da formação dos PEF para a Saúde Pública, e conseqüentemente para a APS, foi apresentado por alguns estudos que avaliaram os currículos de cursos superiores em EF. Por meio desses estudos foi possível constatar que as graduações em EF não contemplam os princípios, objetivos e necessidades do campo da Saúde Pública (COSTA et al., 2012; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009), sendo ainda possível detectar preocupações centradas na melhoria da aptidão física/ atlética (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2008) e a priorização da saúde para a integridade biológica (BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009; ANJOS; DUARTE, 2009).

Observou-se, nesses currículos, um predomínio de disciplinas de abordagem curativa, prescritiva e a desvalorização da temática da Saúde Coletiva / Saúde Pública, a qual não foi contemplada em grande parte das instituições de ensino avaliadas (COSTA et al., 2012; PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009; BRUGNEROTTO; SIMÕES, 2009). Mesmo no caso das instituições cujos currículos contemplaram esta questão, observou-se que ela aparece de forma marginalizada, uma vez que tal temática se apresentou isolada em disciplinas unitárias e com pequena carga horária. Outro ponto relevante evidenciado foi a carência de contato com outros cursos de graduação em saúde e com a prática profissional por meio de estágios no contexto da APS (PASQUIM, 2010; ANJOS; DUARTE, 2009).

O cenário anteriormente descrito gera um empobrecimento no processo de formação do PEF para a APS, visto que os cursos acabam por não orientar os acadêmicos do bacharelado em EF para sua atuação neste contexto. Esta realidade se traduz pela percepção de que, muitas vezes, o acadêmico em EF desconhece como pode atuar no nível primário de atenção à saúde (PASQUIM, 2010).

Dessa forma, observa-se que a formação em EF prepara insuficientemente o PEF para atuar na Saúde Pública, no contexto da APS, o que evidencia a necessidade de reavaliar e reestruturar a sua formação graduada, e que outras formas de capacitação devam ser adotadas como apoio aos profissionais que já estão no mercado de trabalho (ANJOS; DUARTE, 2009).

Segundo Guimarães e Silva (2010), rever a formação em saúde é pensar no desenvolvimento de competências específicas para a atuação na Saúde Pública, incentivando o profissional a desenvolver a capacidade de avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular as práticas profissionais, considerando a diversidade dos indivíduos e das coletividades.

De acordo com o Artigo 200 da Constituição Federal de 1988, o SUS, além de outras atribuições, deveria ordenar a formação dos recursos profissionais na área da saúde (BRASIL, 1988). Para atender a essa determinação, políticas de incentivo foram criadas, tanto para preparar os futuros profissionais, por meio da graduação, quanto para qualificar e promover o desenvolvimento profissional dos trabalhadores em saúde, através da pós-graduação (HADDAD et al., 2010). Essas políticas, em geral, são orientadas para e pela APS (CASTRO; MACHADO, 2010), já que esse nível é organizador do sistema de saúde e o contato inicial dos usuários com o mesmo, preferencialmente.

Na busca pela aproximação da instância formadora de profissionais de nível superior ao serviço de saúde e às novas tendências do cuidar, a partir de 2001 reformas curriculares foram traçadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a cada um dos 14 cursos de graduação em saúde. Tais diretrizes apontaram para a necessidade de currículos integrados, orientados para a formação de generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, bem como do uso de metodologias que privilegiassem a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento (ANJOS; DUARTE, 2009). Além disso, apontaram a necessidade de os cursos incorporarem nos seus projetos pedagógicos o arcabouço teórico do SUS, valorizando, também, os postulados éticos, a cidadania, a epidemiologia e o processo

saúde/doença/cuidado, no sentido de garantir a formação contemporânea de acordo com referenciais nacionais e internacionais de qualidade (HADDAD et al., 2010).

No que se refere à EF, em 2004 o Conselho Nacional de Educação e a Câmara de Educação Superior aprovou a Resolução nº 7, de 31 de março, que instituiu as DCN para os Cursos de Graduação em EF, em nível superior de graduação plena (BRASIL, 2004).

Nessa resolução ficou estabelecido que o curso de graduação em EF deveria favorecer a formação de profissionais também capazes de avaliar a realidade social e nela intervir, por meio das manifestações e expressões do movimento humano, visando à adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável. Para a obtenção desses propósitos, as Instituições de Ensino Superior nessa área do conhecimento deveriam seguir os seguintes princípios: autonomia institucional; articulação entre ensino, pesquisa e extensão; graduação como formação inicial; formação continuada; ética profissional e pessoal; ação crítica, investigativa e reconstrutiva do conhecimento; construção e gestão coletiva do projeto pedagógico; abordagem interdisciplinar do conhecimento; indissociabilidade entre teoria e prática; e articulação de conhecimentos de formação ampliada e específica (BRASIL, 2004).

Contudo, Fraga, Carvalho e Gomes (2012) chamam atenção para o fato de que o SUS não é mencionado nas diretrizes da EF, o que, para eles, reafirma a distância entre as políticas de formação em EF e as do campo da saúde. Além disso, Martinez e Bacheladenski (2009) observaram que, mesmo com as transformações no currículo da graduação em EF determinadas pelas DCN, ainda há modelos curriculares fragmentados, construídos em torno de uma compreensão de saúde limitada às dimensões biológicas e comportamentais dos seres humanos. Esses modelos privilegiam o trabalho individual e o espaço privado, gerando um enfoque pedagógico que não favorece a formação crítica dos estudantes, colocando-os distantes dos propósitos que orientam a atuação no SUS e, conseqüentemente, inserindo-os tardiamente no contexto do mercado de trabalho da Saúde Pública, na APS (MARTINEZ; BACHELADENSKI, 2009).

Segundo Fraga, Carvalho e Gomes (2012), é possível supor que a não abordagem do SUS nas diretrizes da EF esteja relacionada à baixa visibilidade dos profissionais dessa área nas ações propostas pela gestão dos serviços, como também pela falta de compreensão das demandas do SUS para a área específica. A inserção formal dos PEF em ações programáticas, como o NASF, indica, tanto para o campo da saúde quanto para a área da EF, a potencialidade deste

profissional na articulação de práticas de cuidado de caráter multiprofissional, inspiradas no princípio da integralidade da atenção.

É importante ressaltar que a formação institucionalizada não é a única possibilidade de contato do estudante ou profissional com o conhecimento da Saúde Coletiva / Saúde Pública. Outras estratégias estão sendo desenvolvidas para qualificá-los para o SUS, podendo-se citar a parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Educação Superior (SESu), que deram origem ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e ao Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) (CASTRO; MACHADO, 2010).

O Pró-Saúde, criado em 2005, contemplava três cursos de graduação: medicina, enfermagem e odontologia. Já em 2007, ao instituir o Pró-Saúde II, os demais cursos de graduação da área da saúde foram abarcados, inclusive a EF. Este programa teve como objetivo incentivar as transformações no processo de formação, gerar conhecimento, prestar serviço à comunidade e propiciar uma abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2007).

Já o PET-Saúde, criado em 2008, foi instituído para entrelaçar de modo mais firme a relação entre ensino, serviço e comunidade nos cursos de formação em saúde, sendo ele dirigido aos estudantes de cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, dentre eles a EF, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). Este programa é caracterizado como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, no qual os estudantes se inserem nas necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino (BRASIL, 2010).

É possível observar que a EF tem sido reiteradamente contemplada nessas estratégias de formação, ainda que, segundo Fraga, Carvalho e Gomes (2012), o movimento de organização interna da área seja quase imperceptível. No entanto, também acreditam que tais ações começam a produzir reações e efeitos na formação dos acadêmicos em EF.

Outras estratégias também são propostas no campo da pós-graduação. A formação continuada é uma importante estratégia para abranger e qualificar os profissionais já inseridos no mercado de trabalho para a APS. Dentre estas estratégias, há o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), apoiado pelo Ministério da Saúde por sua

potencialidade para a formação de um novo trabalhador em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

A RMSF tem como objetivo articular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes fragmentado e desarticulado com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Esta forma de residência é uma alternativa para promover a mudança na prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população. Sua finalidade é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde, dentre eles o PEF, para o trabalho em equipe multidisciplinar na SF, com base nos princípios e diretrizes do SUS (GIL, 2005).

Além da RMSF, pode-se citar a criação, em 2008, de uma nova estratégia à formação em saúde: a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). A UNA-SUS foi desenvolvida pela SGTES com o intuito de viabilizar cursos de especialização em Gestão em Saúde e em SF na modalidade de Educação a Distância (EaD) e criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas credenciadas, serviços de saúde e gestão do SUS (BRASIL, 2009).

Através da UNA-SUS foi possível mobilizar o potencial instalado no sistema universitário para atender às contínuas demandas de qualificação dos profissionais da saúde. Essa estratégia, por meio de sua modalidade de ensino, minimiza a necessidade dos profissionais de deslocamento da cidade ou região de trabalho; flexibiliza o horário de acordo com a dinâmica de trabalho de cada profissional-estudante; favorece o protagonismo dos profissionais-estudantes; forma em larga escala e a um menor custo; não sofre impacto da desigualdade da distribuição dos trabalhadores da saúde no território nacional; possibilita a capacitação de profissionais mesmo em áreas remotas e de baixo desenvolvimento; qualifica de forma maciça os profissionais já inseridos na SF e em função gerencial; e evita duplicação de esforços e estrutura (BRASIL, 2009).

Em paralelo à criação da UNA-SUS, a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) criou o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), o qual é integrante desse sistema e faz parte do Programa Ágora, gerenciado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), órgão complementar à Faculdade de Medicina da UFMG.

Esse curso, oferecido na modalidade EaD, visa à qualificação e à certificação maciça de profissionais da saúde de equipes da SF em Minas Gerais (UFMG, 2011).

O CEABSF/UFMG foi implantado em 2008 para uma clientela de profissionais composta primeiramente por médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas formalmente vinculados à SF. Membros destas três categorias formaram turmas multiprofissionais ofertadas em diferentes momentos. A quinta oferta, entretanto, foi denominada Turma Épsilon e constituiu-se como uma oferta especial, uma vez que, das 125 vagas ofertadas, 50 foram destinadas aos PEF (UFMG, 2010).

Conforme determinado pelo edital do CEABSF/ UFMG, o PEF candidato ao curso deveria ser bacharel em EF, ser registrado no Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região – Minas Gerais (CREF6/MG) e estar inserido no NASF ou em projetos e programas, governamentais ou não, de apoio à atividade física no âmbito da APS e/ou da promoção da saúde (UFMG, 2010).

O CEABSF/UFMG foi o primeiro curso financiado pela UNA-SUS a admitir o PEF em seu quadro de alunos. Esse fato só foi possível devido à mobilização e parceria do CREF6/MG, da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG e do Laboratório do Movimento da UFMG.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da Proclamação da República até a década de 1980, a EF esteve mais voltada para o higienismo, o militarismo e o esporte. A fase da pedagogização foi o período em que se iniciou o rompimento com a relação exclusiva entre EF e ações de dominação do corpo e manipulação ideológica. Este rompimento se deu ao acrescentar o caráter educativo de sua prática, mas, para que isso fosse possível, fez-se necessário a introdução de disciplinas específicas à formação do profissional da EF, com o objetivo de prepará-los para tal mudança de foco.

Do mesmo modo, devido à tradição da EF na constituição de uma sociedade forte, de alto rendimento e atleta, a inserção do PEF na Saúde Pública, no contexto da APS, exige uma maior reflexão quanto à sua formação para este campo.

A atuação na APS demanda ações integrais à saúde, com foco na prevenção, promoção e manutenção da mesma, considerando a diversidade dos indivíduos, das coletividades e de

seus ambientes. Entretanto, essas características extrapolam a formação do PEF, que ainda persiste na visão limitada às dimensões biológicas, além da reduzida valorização da temática Saúde Pública / Saúde Coletiva.

Portanto, torna-se necessário repensar e reestruturar os modelos curriculares dos cursos de graduação em EF e desenvolver estratégias complementares que envolvam projetos não institucionais e de formação pós-graduada, para que o PEF seja inserido de forma resolutiva neste nível de atenção à saúde, contribuindo para a qualidade do serviço de saúde à população e consequente consolidação de sua atuação e inserção neste campo.

Por fim, acredita-se que o resgate da trajetória do PEF poderá contribuir não só para o melhor entendimento acerca da sua inserção na APS, como também para estimular tanto novas discussões sobre o tema como a realização de outros trabalhos na área. Espera-se que este estudo contribua para despertar a atenção desses profissionais para este campo de atuação, dando subsídio para que os mesmos discutam e participem de estratégias que possam favorecer a sua atuação na área.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, S. C. F. Espaços e vivências públicas de lazer em Porto Alegre: da consolidação da ordem burguesa à busca da modernidade urbana. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 109-121, 2001.
- ANJOS, T. C.; DUARTE, A. C. G. O. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1127-1144, 2009.
- BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. Perspectivas para a formação profissional em Educação Física: o SUS como horizonte de atuação. **Arquivos em Movimento**, v. 4, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://vomer2.eefd.ufrj.br/~revista/index.php/EEFD/article/viewArticle/179>>. Acesso em: 20 nov. 2012.
- BONFIM, M. R.; COSTA, J. L. R.; MONTEIRO, H. L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 3, p. 167-173, 2012.
- BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da Educação Física. **Cadernos do CEDES**, ano XIX, n. 48, p. 69-88, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução n. 3, de 16 de junho de 1987**. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 1987.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 218, de 26 de março de 1997**. Brasília: CNS, 1997.

_____. **Lei 9696, de 01 de setembro de 1998**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Educação. **Resolução n. 7, de 31 de março de 2004**. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde e da Educação. **Portaria Interministerial n. 3.019, de 26 de novembro de 2007**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Projeto Executivo – **Relatório técnico apresenta o plano estratégico para implantação da UNA-SUS**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde e Educação. **Portaria Interministerial n. 421, de 3 de março de 2010**. Brasília, 2010.

BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 149-172, 2009.

CASTELLANI FILHO, L. **Educação física no Brasil: a história que não se conta**. 12. ed. Campinas: Papyrus, 2006.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CHAGAS, C. S.; GARCIA, J. D. A. Educação Física no Brasil: apontamentos sobre as tendências constituídas até a década de 80. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, v. 15, n. 154, 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd154/educacao-fisica-no-brasil-tendencias-constituídas.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2012.

COSTA, L. C. et al. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do Profissional de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas/RS, v. 17, n. 2, p. 107-113, 2012.

CONFED – CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. **Resolução n. 046, de 18 de fevereiro de 2002**. Rio de Janeiro, 2002.

_____. **Regulamento da Educação Física no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=16>>. Acesso em: 15 maio 2011.

DEBIEN, J. B. P.; CANTANHEDE, A. L. I. Educação Física: do higienismo à reflexão crítica. **EFDeportes.com**, Revista Digital. Buenos Aires, v. 15, n. 144, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd144/educacao-fisica-do-higienismo-a-reflexao-critica.htm>>.

Acesso em: 10 jun. 2011.

FERREIRA NETO, A. **A pedagogia no exército e na escola: a educação física brasileira (1880-1950)**. Aracruz/ES: FACHA, 1999.

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

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-498, 2005.

GOELLNER, S. V. Educação física, ciência e saúde: notas sobre o acervo do Centro de Memória do Esporte (UFRGS). **Hist. Cienc. Saúde: Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 527-536, 2010.

GOIS JÚNIOR, E.; LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Florianópolis/SC, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003.

_____. A educação física e concepções higienistas sobre raça: uma reinterpretação histórica da educação física brasileira dos anos de 1930. **Rev. Port. Cien. Desp.**, Porto, v. 5, n. 3, p. 322-328, 2005.

GUIMARÃES, A. et al. Educação Física escolar: atitudes e valores. **Motriz**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 17-22, 2001.

GUIMARÃES, D. A.; SILVA, E. S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2551-2562, 2010.

HADDAD, A. E. et al. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

MARCHI NETO, F. et al. Reforma do Ensino Superior: diretrizes curriculares em educação física. **Rev. Pensar a Prática**, v. 2, p. 187-198, 1999.

MARTINEZ, J. F. N.; BACHELADENSKI, M. S. Educação Física e Saúde Coletiva: possibilidades de inserção e formação profissional no/para o SUS. In: XVI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DO ESPORTE/ III CONGRESSO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS DO ESPORTE, Brasil, 2009. **Anais...** Brasil: Salvador- Bahia, 2009.

MONTEIRO, A. A. **Corporeidade e educação física: histórias que não se contam na escola!** 2009. 165 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

OLIVEIRA, M. A. T. Educação Física escolar e ditadura militar no Brasil (1968-1984): história e historiografia. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 51-75, 2002.

PASQUIM, H. M. A saúde coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 193-200, 2010.

REZENDE, A. C. C. et al. Professor de Educação Física? A baixa procura pela licenciatura em diversas Instituições de Ensino Superior pelo Brasil. **EFDeportes.com: Revista Digital**. Buenos Aires, v. 15, n. 143, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd143/educacao-fisica-a-baixa-procura-pela-licenciatura.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2011.

SILVA, M. C. P. A educação física escolar/saúde: o discurso médico no século XIX. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis/SC, v. 25, n. 2, p. 9-112, 2008.

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. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis/SC, v. 25, n. 2, p. 113-128, 2004.

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**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 55-70, 2007.

UFMG – UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Edital de Inscrição: CEABSF para o Profissional de Educação Física**. Belo Horizonte: UFMG; 2010. Disponível em: <

http://agora.nescon.medicina.ufmg.br/inscricao/editais/CEABSF_2010-2_EF.PDF>. Acesso em: 08 agos. 2011.

_____. **Relatório de gestão UNA-SUS**. (Org.) CORRÊA, E. J. et al. Belo Horizonte: UFMG/NESCON, 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2582.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

VIEIRA, P. P.; REIS, N. A.; SANTOS, M. C. S. A inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, Ji-Paraná, v. 1, n. 2, p. 41-52, 2010.

5 ARTIGO II –

Formação do Profissional de Educação Física para a Atenção Primária à Saúde

Formation of Physical Education Professional for Primary Health Care

RESUMO

A inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família evidenciou a fragilidade de sua formação para atuar na Atenção Primária à Saúde, o que motivou a escrita deste artigo, cujo objetivo é analisar a formação desse profissional para a sua inserção na atenção primária. Trata-se de pesquisa qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso, na qual se utilizou do grupo focal e entrevista semiestruturada. Os resultados apontaram essa inserção como positiva, um ganho para a profissão e para os serviços de saúde, apontaram também uma formação graduada insuficiente para atuar na atenção primária e a necessidade de mudanças na mesma, sendo a pós-graduação identificada como importante estratégia de minimização dessa insuficiência. Entre as dificuldades, observou-se a resistência em se integrar às equipes, indefinição de atribuições e inexistência de um plano de metas.

Palavras-chave: Educação Física. Atenção Primária. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Formação de Recursos Humanos. Saúde da Família.

ABSTRACT

The insertion of the Physical Education professional in the Support Center for Family Health has shown the fragility of their undergraduation regarding Primary Health Care. This situation has motivated this article, which aims to analyze the development of these professionals to work in primary care. It is a qualitative, exploratory research, designed as case study, in which focus groups and semi-structured interviews were used. The results showed that this insertion has, overall, positive outcomes, seen as a gain for the profession and for the health services; they also pointed the insufficient undergraduation to deal with primary care, thus to the need of changes in it, and define the post-graduation as an important strategy to minimize this insufficiency. Among the difficulties, there was resistance in joining the teams, professionals' attributions have not been clearly defined and lack of a goal plan.

Keywords: Physical Education. Primary Health Care. Support Center for Family Health. Human Resources Formation. Family Health.

INTRODUÇÃO

A Saúde da Família (SF) é a estratégia prioritária para a expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2011b), sendo operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem.

Objetivando apoiar essa estratégia na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações das equipes, foi criado, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Desde então, outros profissionais foram formalmente inseridos na APS, dentre eles o Profissional de Educação Física (PEF).

A partir do reconhecimento da importância da atividade física para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônico-degenerativas, importantes causas de morbimortalidade no Brasil, houve, ainda que de forma incipiente, o aumento da demanda pelos PEF na APS, o que evidenciou, entre outras questões, a fragilidade de sua formação para a área (Bonfim, Costa, Monteiro, 2012; Pasquim, 2010).

Na tentativa de tornar a formação dos profissionais de saúde consonante aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde e da Educação vêm desenvolvendo e apoiando diversas ações tanto no nível da graduação, quanto na pós-graduação, destacando-se a homologação, em 2004, das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Educação Física (EF). Essas diretrizes preveem formação de profissionais capazes de avaliar a realidade social e nela intervir por meio das manifestações e expressões do movimento humano, visando à adoção de um estilo de vida fisicamente ativo e saudável (Brasil, 2004).

Nesse contexto, algumas Instituições de Ensino Superior (IES) vêm promovendo mudanças curriculares, objetivando aproximar a formação às diretrizes. Essas mudanças, ainda insuficientes, evidenciam a necessidade da formação pós-graduada no sentido de minimizar essa deficiência (Costa et al., 2012; Anjos, Duarte, 2009; Brugnerotto, Simões, 2009).

No que tange à pós-graduação, destaca-se o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), o qual é ofertado na modalidade a distância e em escala. Esse curso foi implantado em 2008 para

atender a uma demanda do Ministério da Saúde de formar profissionais (médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) formalmente vinculados à SF, de Minas Gerais.

A parceria do CEABSF com o Conselho Regional de Educação Física da 6ª região/ Minas Gerais (CREF6/MG), a Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional (EEFFTO)/UFMG e o Laboratório do Movimento/UFMG resultou em uma oferta especial dirigida ao PEF: a turma Épsilon. Nesse processo, o Laboratório do Movimento intermediou o vínculo entre o Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e a EEFFTO, a qual assumiu o CEABSF como um projeto institucional e elaborou conteúdos específicos. Já o CREF6/MG publicou esse material, divulgou a especialização entre os PEF do estado e colaborou operacionalmente para os encontros presenciais. Essa parceria resultou em uma experiência pioneira para a formação do PEF.

Tendo em vista esse cenário, este artigo objetivou analisar a formação do PEF para sua inserção na APS.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória, do tipo estudo de caso cujos dados foram coletados por meio de grupo focal e entrevista semiestruturada.

Foram realizados dois grupos focais dos quais participaram 15 PEF, alunos do CEABSF/ Turma Épsilon. Os grupos foram constituídos por sete e oito integrantes, números coerentes com o sugerido pela literatura (Carlini-Cotrim, 1996).

Os alunos foram selecionados segundo os seguintes critérios: possuir experiência na APS e estar em fase final do curso, com orientação designada para o Trabalho de Conclusão de Curso.

Os grupos focais foram realizados na Faculdade de Medicina da UFMG em momento previamente pactuado junto à coordenação do CEABSF, e em um único encontro, com duração média de uma hora e 15 minutos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os seguintes informantes-chave: representante da coordenação do CEABSF; representante da coordenação do curso de graduação em EF/UFMG – Bacharelado; e representante da presidência do CREF6/MG. As entrevistas foram individuais, com duração média de 30 minutos.

A coleta de dados se deu no primeiro semestre de 2012, sendo as falas gravadas em áudio para posterior transcrição. Os grupos focais e entrevistas semiestruturadas foram guiados por roteiros específicos, com perguntas norteadoras que abordavam os seguintes temas: inserção do PEF na APS; formação do PEF para a APS e dificuldades a essa inserção.

A análise dos dados se deu pela técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2008). Após a leitura exaustiva das entrevistas transcritas, houve a sua codificação e posterior categorização, resultando nas categorias: Inserção na APS; Formação para a APS; Dificuldades.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, sob o parecer CAAE – 0696.0.203.000 – 11. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a participação voluntária e anônima.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inserção na APS

Os entrevistados consideraram o reconhecimento do PEF enquanto profissional da saúde como um ganho da profissão que favoreceu a ampliação do seu mercado de trabalho e levou a reflexões em relação à sua formação.

Para eles, a inserção do PEF na APS representou quebra de paradigma, reforço à necessidade de mudanças na formação, progresso para a profissão e contribuição aos serviços de saúde. Essa última foi relacionada à possibilidade de o mesmo gerar maior qualidade nas ações que envolvem a atividade física e de ampliar seu escopo no que se refere à promoção e proteção à saúde. Entretanto, relataram que o PEF ainda não foi incluído de fato neste campo.

“[...] esse paradigma que está sendo mudado é o mesmo de [...] quando o desporto passou a ter uma legislação específica no Brasil, e aí fez com que o Brasil pudesse [...] deslanchar bastante [no desporto] [...]” (E1)

“[...] por enquanto esse profissional ele só foi inserido, ele não foi incluído no sistema, mas é o caminho que a gente tem que traçar pra ser incluído definitivamente [...]” (GF1)

Loch et al. (2011) também acreditam que a inserção do PEF na APS contribuiu para a profissão e o serviço, já que possibilitou interação com outros profissionais e incentivou um estilo de vida ativo na população. Em Pedrosa e Leal (2012), membros de categorias

tradicionais da SF pontuaram que a inserção do PEF no NASF, é uma oportunidade de uma maior interdisciplinaridade na promoção da saúde e redução da demanda dos usuários aos serviços do SUS de maior complexidade.

Estar no NASF foi percebido como um momento em que o PEF foi alçado à mesma condição de profissões da saúde mais consolidadas e como uma oportunidade de maior reconhecimento pela população, este apontado como um fator motivador.

“[...] a profissão já é mais reconhecida pela população por não ser mais aquela que explica exercícios físicos, ela já está sendo vista como uma profissão que pode oferecer qualidade de vida [...]” (E1)

“[...] o reconhecimento da população [...] é que faz a gente ser criativo pra montar o material que a gente não tem, [...] percorrer vários bairros [...] pra tentar atender a todos [...]” (GF2)

Os entrevistados acreditam que a inserção do PEF na APS se deu em decorrência da maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis e do incentivo da política de saúde. Contudo, ressaltou-se que esta inserção ainda é dependente do apoio dos gestores de saúde.

“[...] na visão do NASF, você tem vários profissionais que o gestor municipal pode escolher, se escolhe uma visão de prevenção, ele vai ter preferência por alguns profissionais, se escolhe uma visão de promoção, ele vai ter tendência a escolher outros profissionais [...]” (GF1)

Para Loch e Florindo (2012), a inserção do PEF no NASF por si só representa, além de uma importante conquista da profissão, o reconhecimento da EF enquanto profissão da saúde e da atividade física enquanto pauta da Saúde Pública.

A promoção da saúde e a prevenção de doenças foram mencionadas como foco do trabalho do PEF na APS. Entretanto, reconheceram que sua atuação na mesma se dá por meio das atividades físicas, desportivas e recreativas.

“[...] o Profissional de Educação Física tem a cara do NASF porque o NASF é promoção da saúde, NASF é grupo, é grupo operativo [...]” (GF2)

“[...] pras atividades físicas, desportivas, recreativas em geral, é que o Profissional de Educação Física tem de se inserir na área de saúde.” (E1)

Pensar a atuação do PEF nas ações voltadas à promoção da saúde implica análise da sua formação e maior aproximação com os profissionais que já atuam no setor (Pedrosa, Leal, 2012). Médicos e enfermeiros, neste mesmo estudo, se disseram favoráveis à inserção do PEF

nos NASF, porém consideraram necessário repensar a sua formação para que suas ações sejam efetivas neste contexto.

A ideia de que a promoção da saúde deve ser uma prática desenvolvida por todos os profissionais da saúde foi convergente entre os membros dos grupos focais. Contudo, afirmou-se que a prescrição da atividade física deve ser prerrogativa do PEF.

“[...] antigamente [...] qualquer pessoa podia prescrever atividade física, [...] e, hoje, dentro da área da saúde está tendo outra conotação específica profissional, onde nós podemos prescrever atividade física sem, entre aspas, ninguém meter o bedelho [...]” (GF1)

Loch e Florindo (2012) defendem que a EF tem um papel central na prática da atividade física, porém acreditam que seria irresponsabilidade não admitir a colaboração de outras categorias profissionais. Hallal (2011) vai além ao afirmar que ações que incentivem hábitos fisicamente ativos na população devem ser desenvolvidas por meio de uma articulação multissetorial.

Alguns autores acreditam que compete ao PEF facilitar a prática de atividade física e monitorá-la, na maioria das vezes, por meio de grupos específicos (Souza, Loch, 2011; Brugnerotto, Simões, 2009; Freitas, 2007). Freitas (2007) também afirma que o PEF na APS deve direcionar sua prática para o aspecto educativo e não apenas reproduzir a atividade física, pois ações com essa concepção ampliam as formas de atuação e de concepção da saúde na área da EF e vice-versa.

Para os depoentes, ao contrário de outros profissionais que são relacionados à doença, os usuários têm no PEF uma referência de bem-estar.

“[...] o Profissional de Educação Física que tá no NASF representa alegria, descontração, representa um renovar, porque os usuários, eles não vão mais na busca da cura da doença, então quando fala pro doutor, pra enfermeira, [...] tem um referencial de busca [...] pra sua cura, ao mesmo tempo, recorre ao professor de Educação Física no prazer, [...] a gente entra na parte psicossomática [...]” (GF2)

A inserção do PEF na APS deve incentivar hábitos saudáveis através de diferentes estratégias. Entretanto, tais estratégias devem ser pensadas e discutidas com a comunidade, chamando atenção para o cotidiano em que vivem e para os valores que priorizam (Freitas, 2007).

Apesar de os entrevistados alegarem que sempre estiveram envolvidos com a saúde, reconhecem que este envolvimento não se dava no contexto da APS e que estavam despreparados para o ingresso neste campo.

“[...] a Educação Física sempre mexeu com a saúde, não na perspectiva da saúde da atenção primária [...]” (GF1)

“[...] a gente não tava preparado pra isso, [...] falar que eu ia trabalhar com a saúde primária, que eu ia tá lá nos PSF, [...] não imaginava que isso fosse acontecer tão cedo, apesar de que eu sabia que isso um dia ia acontecer [...]” (GF2)

Formação para APS

Os entrevistados, ainda que reconheçam que sua formação foi focada no treinamento esportivo, acreditam que a APS deve ser a área prioritária, já que é preferencialmente neste nível que deve ocorrer o cuidado inicial.

“[...] a gente vem percebendo que a área prioritária é a atenção primária, que ela vai ser a possibilidade, pra atuação nas outras áreas, [...] a nossa atenção, ela tem que se dar, primeiramente, na porta de entrada [...]” (E3)

Todavia, corroborando o verificado pelos entrevistados, estudos mostram que a formação demasiadamente voltada ao esporte ainda se faz presente nos dias atuais (Souza, Loch, 2011; Pasquim, 2010).

Costa et al. (2012), ao avaliarem as grades curriculares de 61 graduações em EF, observaram que a maioria não abordava conteúdos referentes à Saúde Coletiva/Saúde Pública. Também reconhecendo essa carência, Loch et al. (2011) indicaram a formação como o principal fator a ser discutido para uma melhor integração do PEF ao contexto da Saúde Pública.

Por ser um campo novo, a inserção do PEF na Saúde Pública foi identificada como um incentivo às mudanças na formação em EF, a fim de torná-la específica e qualificada para a área.

“[...] para trabalhar na área da Saúde Pública tem que ter uma formação para além da que eu tive, porque é muita construção que a gente vai ter que enfrentar. Um território totalmente novo. E acredito que vai levar certo tempo pra chegar ao que a gente idealiza hoje [...]” (GF1)

Tendo em vista a ampliação dos campos de atuação profissional e as mudanças ocorridas no sistema de saúde vigente, Santos e Benedetti (2012), bem como Costa et al. (2012), ressaltaram a necessidade de as IES repensarem suas estruturas curriculares.

Costa et al. (2012) afirmaram ainda que disciplinas relacionadas à Saúde Coletiva auxiliam na compreensão do sistema de saúde e apropriação do processo de trabalho e da realidade das comunidades, possibilitando aumento da resolubilidade das ações dos PEF.

Os sujeitos da pesquisa avaliaram sua formação como insuficiente para a inserção na APS, e acreditam que, mesmo com as alterações já estabelecidas, os recém-formados também terão dificuldades.

“[...] não houve uma preparação pra que isso acontecesse, [...] a gente caiu de paraquedas na atenção primária, [...] a gente não tinha orientação nenhuma de como seria o trabalho, o que a saúde precisava pra gente tá atuando [...]” (GF2)

“[...] o primeiro concurso da secretaria de saúde, o qual contemplou vagas para a Educação Física, os estudantes precisaram fazer um cursinho fora, exatamente pelo fato deles não terem uma formação específica para essa área [...]” (E3)

Resultados semelhantes foram encontrados por outros estudos. Souza e Loch (2011) observaram que a maioria dos PEF afirmou ter tido uma graduação centrada no esporte, ou que não havia uma aproximação com a área da Saúde Pública. Do mesmo modo, Freitas (2007) constatou que o modelo de formação em EF tem privilegiado o trabalho individual e o espaço privado. Já Pasquim (2010) afirma que as graduações em EF que apresentaram disciplinas na área da Saúde Coletiva parecem não ser suficientemente estruturados para produzir superações curriculares que permitam o desenvolvimento de uma formação densa na área.

Os entrevistados identificaram que a tradicional inserção do PEF no setor privado faz com que posturas e concepções advindas desse campo sejam reproduzidas também no setor público, o que impulsiona o aprendizado quanto ao último na prática do serviço. Entretanto, acreditam que essa condição seja inadmissível atualmente, já que percebem que o sistema público de saúde está mais exigente em relação aos profissionais admitidos em seu contexto.

“[...] atuava dessa forma, de achar que a atividade física é só incumbência minha, [...] a gente trouxe a visão do outro mercado. Vejo isso muito dentro do setor privado, que as coisas são fracionadas. [...] trouxe muito pelo

motivo da gente não ter tido [...] essa formação enquanto graduação [...].” (GF1)

“[...] a maioria de nós aprendeu muito na prática, enfrentando as dificuldades e aprendendo dentro do processo. [...] a rede hoje, acredito que ela seja menos paciente do que foi conosco no momento que nos inserimos, porque era uma coisa nova, [...] agora algumas coisas já estão muito bem construídas [...].” (GF1)

Afirmaram também que a formação do PEF é biologicista e insuficiente para a atuação na APS.

“[...] a gente vem com a visão biologicista da atividade física, [...], se vamos trabalhar com saúde, eu vejo que só essa visão ela é pequena perto do que a gente deveria pensar e estar pronto a fazer. [...] é preciso que tenha uma capacitação, que tenha talvez alguma especialização, alguma coisa que prepare melhor esse profissional [...].” (GF1)

A formação biologicista do PEF pode ser justificada em virtude de sua história com a área médica, o que o fez se apropriar, de forma geral, do conceito de saúde como ausência de doença (Freitas, 2007).

A relação da formação da EF com a base biológica foi também evidenciada por Brugnerotto e Simões (2009) ao concluírem que a concepção de saúde dos planos de ensino de graduações em EF no Paraná é norteadas pelo modelo biomédico, em que ficou claro que compete ao PEF avaliar, prescrever e monitorar programas de atividade física através de bases biológicas. Pasquim (2010), por sua vez, ressaltou a tendência da formação biologicista da EF ao afirmar que a atuação do PEF, se não está ligada diretamente à clínica e ao doente, está em função deles.

Anjos e Duarte (2009) acreditam que o ensino em saúde para a APS deva ser dirigido não apenas aos aspectos biológicos, mas também ao seu contexto e relações, numa abordagem integral. Para elas, a identificação de novas demandas em saúde possibilitaria a contextualização das ações do PEF.

Os depoentes identificaram as mudanças ocorridas na formação para propiciar a atuação do PEF na Saúde Pública como estratégias complementares, efetivadas por meio de disciplinas optativas. Dado semelhante foi percebido por Pasquim (2010) ao evidenciar a marginalização da temática Saúde Pública/Saúde Coletiva nas graduações em EF.

“[...] aqui no curso de Educação Física diurno, nós temos algumas disciplinas optativas que têm esse olhar, não temos disciplinas obrigatórias [...]” (E3)

“O curso bacharelado noturno, [...] que vai ter início, [...] tem [...] numa formação complementar, não na grade básica, [...] [disciplina] focada na atenção primária [...]” (E3)

A estruturação do curso de EF em licenciatura e bacharelado é considerada uma alternativa para melhor caracterizar o campo de intervenção de cada habilitação e melhor definir as competências e saberes de cada eixo (Nunes, Votre, Santos, 2012; Souza, Loch, 2011). Contudo, os entrevistados acreditam que esta separação fez com que o bacharel perdesse a essência humanista, prejudicando sua atuação, principalmente no que concerne ao cuidado integral.

Dado semelhante foi encontrado por Brugnerotto e Simões (2009), ao observarem que o enfoque humanista da saúde, quando abordado, ocorre nos cursos de licenciatura, e por Pasquim (2010), ao afirmar que a separação dos conteúdos da EF desfavorece a prática integral do PEF. No entanto, a expectativa é que os conteúdos relacionados à Saúde Pública sejam aprofundados com o bacharelado (Souza, Loch, 2011).

No caso das experiências dos informantes-chave, a reestruturação da formação inicial do PEF foi citada por todos como fundamental para uma atuação exitosa na APS.

Para Guimarães e Silva (2010), rever a formação em saúde é pensar no desenvolvimento de competências específicas para a atuação na Saúde Pública, incentivando no profissional a capacidade de avaliar, criticar, interagir, integrar e reformular suas práticas, considerando a diversidade dos indivíduos e das coletividades. Já para Brugnerotto e Simões (2009), repensar a formação é refletir sobre o real sentido da EF na promoção da saúde.

Para os entrevistados, o mercado de trabalho almeja profissionais de saúde com uma formação mais ampla, reforçando, portanto, a necessidade de uma formação que amplie a visão do PEF quanto à saúde, abrangendo indivíduos hígidos e doentes.

“[...] a formação tem que abrir mais o leque, acho ainda muito fechada, [...] se o profissional não tiver uma formação ampliada nesse conteúdo multidisciplinar, [...] ainda vai ser muito deficitário [...]” (GF1)

“O Profissional de Educação Física [deve] começar a conhecer um pouco mais de doença. É um paradoxo, a gente tá falando de saúde, atenção primária, mas, até então, a gente não trabalhava com essas questões, [...]”

trabalhava [...] com a preparação física, com treinamento esportivo, com escola [...]” (E3)

No entanto, o PEF não conseguirá interferir no processo saúde-doença se sua formação e atuação forem alheias ao que diz respeito à dimensão coletiva, pública e social do mesmo (Anjos, Duarte, 2009).

Assim, acredita-se que sejam necessárias alterações na estrutura dos projetos político-pedagógicos e dos planos de ensino das graduações em EF. Tais alterações devem ofertar maiores oportunidades de estágio no contexto da APS, disciplinas específicas à área e/ou que a Saúde Pública seja tema transversal na grade curricular dos cursos.

“[...] hoje a educação e a saúde, elas têm que estar caminhando muito juntas, [...] não só de ter as matérias específicas, isso aí é evidente, todo mundo já tá vendo que tem que ter, é o que tá faltando, mas, além disso, ainda ter o foco mesmo de formar, bater na tecla da saúde todo dia com eles.” (GF2)

Costa et al. (2012) também acreditam que disciplinas e estágios relacionados à Saúde Pública nas graduações em EF podem favorecer um despertar para essa área de atuação. Além disso, a carência destas disciplinas tem feito com que muitos dos PEF se sintam incapazes de atuar na área e, por vezes, não reconheçam esse campo como de sua competência (Anjos, Duarte, 2009).

Brugnerotto e Simões (2009), ao analisarem currículos de cursos de EF, observaram que, a despeito de existirem temas afeitos à Saúde Coletiva, o enfoque ainda é predominantemente biológico, o que leva os autores a acreditarem na insuficiência de apenas criar disciplinas específicas. Para Pasquim (2010), o ideal é que não fosse necessária a criação de disciplinas específicas, mas que toda a formação tivesse a Saúde Coletiva como campo de atuação.

Quanto aos estágios, eles foram considerados pelos entrevistados como uma importante ferramenta para promover o desenvolvimento profissional, aproximando a teoria da prática e facilitando a inserção do recém-egresso na APS. Anjos e Duarte (2009) observaram a ausência de estágios da EF na APS e asseguram que a falta de convívio com a realidade do serviço desfavorece a prática naquele ambiente. Já Santos e Benedetti (2012) afirmam que o estágio contribui efetivamente na qualificação profissional e na melhor assistência às necessidades da população, o que favoreceria a inserção do PEF na APS.

Os depoentes também destacaram a necessidade de discussão interdisciplinar e trabalho interprofissional na graduação através de disciplinas integradas, de forma a incentivar o trabalho em equipe.

“[...] essa discussão interdisciplinar deveria ser trabalhada melhor nas universidades também entre as profissões. Fazerem disciplinas integradas [...]. Chega lá na unidade de saúde tá todo mundo misturado, todo mundo tem que trabalhar junto, e na faculdade tá todo mundo trabalhando na sua salinha, na sua disciplina isoladamente [...]” (GF2)

Para Pasquim (2010), a inexistência do contato com outros cursos de graduação em saúde produz um empobrecimento do processo de formação, que, por consequência, não orienta os acadêmicos da EF para uma atuação em equipe multidisciplinar.

Foi ressaltada a necessidade de capacitação dos docentes, bem como a contratação de outros já com formação para a área da APS.

“[...] se o professor universitário não buscar se capacitar com esse olhar voltado pra saúde, não adianta mudar grade curricular porque ele vai continuar repetindo a sua formação, [...] a musculação vai ser musculação, a ginástica vai ser ginástica e a saúde vai continuar sendo separada [...]” (GF2)

Para eles, as DCN para o curso de graduação em EF não preveem a inserção do PEF na APS ou são insuficientes para a mesma.

“[...] as Diretrizes Curriculares Nacionais, elas não previam, e não preveem, até então, a inserção do Profissional de Educação Física na APS.” (E3)

“[...] a mudança curricular [...] tem que ser muito mais complexa [...]” (GF1)

As diretrizes pressupõem a atuação do PEF em espaços públicos e em equipes multiprofissionais, e definem que o egresso deve ser responsável pela prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde (Brasil, 2004). No entanto, para Pasquim (2010), esta afirmativa surge, aparentemente, apenas como reserva de mercado, buscando garantir um espaço no SUS e não impondo, a princípio, nenhuma alteração em sua intervenção ou formação profissional.

Os entrevistados defenderam que uma formação satisfatória para a APS favoreceria uma atuação mais segura, com maior clareza do papel do PEF, facilitaria a abordagem de alguns grupos de risco e melhoraria a relação na equipe.

Em consonância com essa afirmação, alguns autores alegam que a formação adequada contribuiria, ainda, para a redução das dificuldades atuais de inserção e para a consolidação da profissão neste novo campo de intervenção, aumentaria o conhecimento sobre sistema e serviços de saúde e incentivaria a admissão do PEF em cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva, aumentando o número e a qualidade das pesquisas e publicações envolvendo sua atuação no SUS e potencializando sua abordagem neste campo (Costa et al., 2012; Pasquim, 2010; Anjos, Duarte, 2009).

Os entrevistados reconhecem a formação pós-graduada como uma estratégia para o desenvolvimento profissional neste campo e também como uma forma de minimizar a defasagem da graduação.

“[...] se na graduação ainda não se consegue dar uma informação e uma formação mais acentuada na área de saúde, na especialização que isso seja feito [...]” (E1)

Apesar de enxergarem a pós-graduação como uma forma de suprir a deficiência da graduação, Costa et al. (2012) afirmam que a aproximação deficiente da formação inicial a temas relacionados à Saúde Pública pode acarretar em uma baixa inserção do PEF nos programas de pós-graduação com essa abordagem.

No entanto, a procura pelo CEABSF se deu pela necessidade de incorporar conhecimentos da APS e, conseqüentemente, melhorar a sua atuação na área.

“[...] a gente veio [...] com essa sede de conhecimento, querendo entender como é que funcionava, buscando uma direção pro nosso trabalho, pra esclarecer todas as nossas dúvidas, [...] as nossas dificuldades e [...] entender qual a função da Educação Física na Saúde da Família [...]” (GF2)

Já a admissão do PEF no CEABSF foi motivada pela inserção deste profissional na equipe do NASF, pela necessidade de que os mesmos tivessem uma formação voltada para a APS e pelo interesse manifestado pelo CREF6/MG.

“[...] houve várias circunstâncias, uma era essa aspiração pra Educação Física ter uma formação na área da saúde e ligada à questão da saúde da família, a outra foi uma manifestação do Conselho Regional de Educação Física, que também queria que a gente fizesse [...]”. (E2)

O CEABSF foi avaliado como um importante instrumento de formação do PEF para a APS, fornecendo a abertura de seu campo de trabalho através do conhecimento sobre o SUS e APS e da apropriação do papel e importância da EF neste contexto.

Outro importante ganho mencionado a partir do conhecimento obtido no CEABSF foi o aumento da confiança para o trabalho, o que influenciou positivamente o relacionamento com os demais profissionais e no trabalho em equipe.

“[...] ter uma visão geral, uma visão da rede, uma visão dos campos que ele tem de estar atuando, [...] uma visão dos outros profissionais, essa integração, [...] da importância que tem o Profissional de Educação Física pra área da saúde, para melhora da qualidade de vida das pessoas.” (GF1)

“[...] abre o campo de trabalho para o Profissional de Educação Física, [...] mas um campo de trabalho a partir de uma questão ética, ético-profissional, que é saber pra trabalhar [...]” (E1)

“[...] foi onde eu comecei a me relacionar, que eu comecei a me sentir melhor pra trabalhar na saúde primária [...]” (GF2)

Entretanto, apontam a existência de dificuldades quando da inserção em uma especialização que envolve um campo de atuação novo para este profissional, ainda pouco explorado nas graduações.

“[...] foi um choque de pegar tanta informação num curso de especialização.” (GF2)

Creem também que a possibilidade de uma especialização com turma específica, como a do CEABSF, é importante para o atual momento da EF. Esta afirmativa foi comum nos grupos, mesmo acreditando que seria mais enriquecedora a participação em uma turma multiprofissional.

“[...] seria muito mais efetivo se fosse uma turma multidisciplinar, mas [...] enquanto a Educação Física não tiver transformada, as turmas vão ter que ser só de Profissionais de Educação Física [...]. A gente tem que começar do básico [...], porque a gente não teve nada disso na faculdade, [...] o dia que o Profissional de Educação Física tiver uma formação comparável com a do enfermeiro, com a do odontólogo, com a do nutricionista, aí sim [...]” (GF2)

Os resultados da Turma Épsilon são aguardados com ansiedade, uma vez que há interesse em ampliar esta estratégia para todo o território nacional.

“[...] outros Conselhos Regionais de Educação Física no Brasil, e também o Conselho Federal de Educação Física, têm esperado com muita avidez como que será o término da primeira turma pra que esse modelo possa ser replicado em nível de Brasil, [...]” (E1)

Sugeriu-se que as futuras turmas fossem de composição multiprofissional, vendo nesse novo arranjo um importante espaço para trocas de experiências, informações e habilidades.

“[...] seria interessante [...] essa especialização integrada com as outras profissões, porque eu vejo na minha equipe que os profissionais, eles têm mais dificuldade de atender a população, de falar a língua dessas pessoas, a população, muitas vezes, aproxima mais da gente, [...] então a gente tem muito conhecimento pra passar pra eles também [...]” (GF2)

Segundo Anjos e Duarte (2009), com a inserção do PEF no serviço de saúde, além da reformulação da formação inicial, também é necessário que outras formas de capacitação, como cursos de especialização, aprimoramento e residência, sejam implantadas para que a EF possa assumir, de modo consciente e qualificado, esse novo campo de atuação.

Dificuldades

A falta de conhecimento ou reconhecimento pela equipe de saúde e população quanto ao seu papel e importância na APS foram algumas das dificuldades apontadas nos grupos focais.

“[...] quando a equipe da Saúde da Família direcionava o usuário pra gente, eles chegavam até a mim como se eu fosse uma fisioterapeuta, [...] então eu tive que mostrar pra eles que eu era uma Profissional de Educação Física [...] e tive que mostrar a importância do profissional dentro da saúde primária [...]” (GF2)

“[...] o usuário tá lá, o médico é doutor, a enfermeira é doutora [...] e nós somos os professores, [...] realmente existe uma diferenciação, [...] a pessoa [...] vê [...] o Profissional da Educação Física talvez [como] o que gosta da brincadeira, [...] que não entende muito [...]” (GF2)

Para Silva e Trad (2005), as relações entre profissionais promovem um trabalho integrado a partir do momento em que conhecem as competências e a importância de cada profissional para a atenção integral à saúde.

Os depoentes acreditam que o não reconhecimento do PEF por outros profissionais da saúde gera uma frágil relação no trabalho interprofissional. Embora tenham interesse em atuar em equipe, declararam ter dificuldade em se integrar à mesma, reconhecendo que parte desta dificuldade se deve ao próprio PEF.

“[...] o maior desafio [...] na atenção primária é o trabalho multidisciplinar, é a integração entre os profissionais. Às vezes [...] quero desenvolver determinado grupo operativo com outro profissional e [...] não consigo [...]” (GF2)

“[...] ainda existe uma grande dificuldade de relacionamento interpessoal, inclusive nós, Profissional de Educação Física, com as outras profissões [...]” (GF2)

Loch e Florindo (2012) ressaltam que esta dificuldade também é enfrentada por outras categorias profissionais e acreditam que, para confrontá-la, seja necessário que os envolvidos estejam abertos a compartilhar conhecimentos.

O trabalho em equipe é apontado como uma oportunidade de troca de informações e uma possibilidade de desenvolver trabalhos coletivos (Souza, Loch, 2011). Além disso, Freitas (2007) acredita que a complexidade dos problemas na APS exige que se tenham diferentes profissionais atuando juntos e que o envolvimento do PEF com os mesmos traz novos elementos para se discutir saúde na área da EF.

Para os entrevistados, esta dificuldade de relacionamento está atrelada à ideia comum entre os demais profissionais de que os PEF trabalham de forma isolada e às expectativas específicas que os membros do serviço e a própria comunidade têm quanto ao seu trabalho.

“[...] a visão que eles ainda têm do profissional [é de que] tem esse trabalho que fica isolado [...]” (GF1)

“[...] a gente chega com uma proposta, e a demanda do lugar é outra, eles esperam que o Profissional de Educação Física vá atuar de uma maneira específica ali, [...] às vezes nem recebem bem o que você quer propor, [...] depende da visão do outro, às vezes de uma gerência do centro de saúde, de uma equipe, de um grupo, da comunidade também [...]” (GF1)

Freitas (2007) afirma que é necessário considerar os objetivos do PEF, do serviço e do usuário, sendo igualmente importante que o PEF saiba adaptar esses elementos à sua prática, sem se descaracterizar em função dos interesses institucionais.

Outra dificuldade apontada foi a falta de apoio do serviço aos PEF, o que confere aos mesmos um sentimento de discriminação.

“[...] eu pude perceber logo que entrei no NASF [é que] a gente não teve muito apoio, então eu senti um pouco discriminada [...]” (GF2)

Loch et al. (2011) afirmam que esse aparente desinteresse do serviço pelo PEF pode estar relacionado à concepção médico-curativista, que parece ainda ser hegemônica, não se sabendo até que ponto o serviço de saúde está aberto a essa categoria profissional. Uma forma evidenciada por Souza e Loch (2011) para minimizar a resistência de outros profissionais ao trabalho do PEF foi a capacitação entre os profissionais das unidades básicas de saúde.

A indefinição das atribuições dos PEF por parte do serviço e a inexistência de um plano de metas para direcionar o seu trabalho na APS foram também apontados como dificuldades. Em

alguns casos, tal situação fez com que o profissional desenvolvesse sua própria sistemática de trabalho.

“[...] a gente caiu meio de paraquedas [...], não tinha mesmo uma questão burocrática de serviço [...] às vezes o coordenador não sabia: ah... começa a visitar as unidades aí. [...] não tem uma meta direito, quantos você tem que atender, porque e quem, então fica tudo meio solto [...]” (GF2)

“A gente criou um modelo, uma forma de trabalhar, [...] buscando a portaria, buscando artigos, [...] a partir do que a gente entendia [...]” (GF2)

“[...] no meu serviço a gente acaba fazendo um plano de ação e metas no início do ano, colocando as metas que a gente quer atingir pra depois a gente ver se a gente conseguiu atingir [...]” (GF2)

Os entrevistados afirmaram que o PEF ainda necessita conquistar espaço na APS, o que acontecerá por meio do conhecimento sobre o serviço de saúde e sobre seu papel neste ambiente.

“[...] ele precisa mais trabalhar na organização do serviço, ele tem que saber como ele se insere [...] é um espaço que ele tem que conquistar, então para conquistar ele tem que conquistar a linguagem, conteúdo, aprender a fazer planejamento [...]” (E2)

Dado semelhante foi encontrado por Santos e Benedetti (2012), que relacionaram a dificuldade do PEF em definir seu papel e competências para o SUS à sua pouca experiência na saúde pública. Freitas (2007) ressaltou que o conhecimento prévio do sistema de saúde e do serviço facilita o reconhecimento do próprio profissional nesse contexto, ajudando-o a direcionar melhor as suas ações.

A infraestrutura inadequada nas unidades para o desenvolvimento satisfatório das ações de saúde foi outra dificuldade destacada.

“[...] a unidade de saúde não tava preparada pra receber essa equipe nova, não tinha estrutura e como não tem ainda, muitas vezes, um local pra tá atuando [...]” (GF2)

Resultado semelhante foi observado por Souza e Loch (2011), em que os PEF entrevistados mencionaram o espaço inadequado como um importante desafio ao seu trabalho. Diante disso, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Academia da Saúde em 2011, com o objetivo de criar espaços adequados a atividades de promoção da saúde, dentre elas a prática da atividade física. Este programa prevê a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de modos de vida saudáveis (Brasil, 2011a).

A dificuldade em atender a um grande número de equipes de SF por NASF também foi ressaltada. A demanda elevada e o número reduzido de PEF vinculados ao NASF foram mencionados como fatores negativos na busca pela qualidade do cuidado nas comunidades atendidas.

“[...] a gente tem 32 unidades de saúde e só um NASF. Eu não dou conta de atender todo mundo, eu atendo menos da metade, e a realidade que a gente vê é que nas unidades que não têm o Profissional de Educação Física os enfermeiros, os agentes de saúde fazem atividade física semanalmente, então a gente vê o que não era para estar acontecendo [...].” (GF2)

“[...] espero que [...] o Profissional de Educação Física, ele passe a atender menos unidades, ele tenha um contato maior com os grupos de atividade física, [...] ou que [...] seja criado [...] o Profissional de Educação Física [...] por PSF [...].” (GF2)

Este fato foi evidenciado por Santos e Benedetti (2012), ao afirmarem que em 2011 o Brasil contava, em média, com 0,69 PEF por 100.000 habitantes cobertos pela SF, indicando uma baixa representação deste profissional. Acreditam que, para a melhora dessa relação, é necessário investimento político e acadêmico para a definição de estratégias que contribuam para a integração do PEF no SUS. Contudo, entre as 13 profissões previstas para o NASF, o PEF foi a quinta categoria mais recrutada para este serviço, estando presente em 49,2% das equipes do NASF, podendo ser ainda maior em alguns estados.

A falta de acesso ou o acesso restrito aos prontuários foi apontado como outro fator dificultador da troca de informações entre os membros da equipe. Esse acesso possibilitaria ao PEF tanto conhecer o histórico do usuário e sua relação com a unidade, como divulgar seu trabalho na equipe.

“[...] o acesso ao prontuário que alguns profissionais têm, e nós não temos, [...] prejudica também a questão do trabalho em rede, [...] se nós tivéssemos um acesso maior [...] talvez nós conseguiríamos mostrar um pouco do que a gente faz, [...] como nós estamos contribuindo com o serviço [...].” (GF1)

Por fim, como já visto, todos os sujeitos apontaram a insuficiente formação do PEF para a APS como uma dificuldade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do PEF na APS é um caminho novo, pavimentado por perspectivas positivas no que se refere à sua atuação e integração na equipe de saúde. Acredita-se que ambas gerarão reflexos positivos nos serviços e na comunidade.

Contudo, no desenrolar desse processo, o PEF tem passado por dificuldades de diferentes matizes, entre elas sua frágil formação para a atuação na área.

O enfrentamento dessa limitação passa, entre outras questões, pelo estabelecimento de estratégias que contribuam para a integração qualificada do PEF na APS, tais como reestruturação curricular, maiores oportunidades de aproximação da realidade através de estágios e interação com outras áreas do conhecimento através de disciplinas integradas.

Nesse sentido, a formação pós-graduada foi ressaltada pelos entrevistados, como uma estratégia positiva, no intuito de subsidiar os profissionais já inseridos no mercado de trabalho, sendo seu enfoque multidisciplinar ressaltado como necessário para a formação dos profissionais da APS. Destacaram também, a dificuldade de sua inclusão em cursos com esta perspectiva, visto a insuficiência de sua formação inicial.

Assim, o CEABSF/ UFMG foi apontado como uma importante estratégia de formação do PEF para atuar na APS, proporcionando apropriação de saberes e evidenciando o papel e a importância do PEF neste campo.

A parceria estabelecida entre as diversas instâncias da UFMG e o CREF6/MG demonstra o pioneirismo e a positividade da iniciativa. Assim, acredita-se que a mesma deva ser não só continuada, mas também expandida, o que poderá resultar em profissionais mais preparados para a APS e uma consequente abertura de mercado aos mesmos.

REFERÊNCIAS

ANJOS, T.C.; DUARTE, A.C.G.O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis**, v.19, n.4, p.1127-1144, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução n.7, de 31 de março, de 2004. Brasília: CNE, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.719, de 07 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.2.488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BONFIM, M.R.; COSTA, J.L.R.; MONTEIRO, H.L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas versus evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.17, n.3, p.167-173, 2012

BRUGNEROTTO, F.; SIMÕES, R. Caracterização dos currículos de formação profissional em Educação Física: um enfoque sobre saúde. **Physis**, v.19, n.1, p.149-172, 2009.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v.30, n.3, p.285-293, 1996.

COSTA, L.C. et al. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do Profissional de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.17, n.2, p.107-113, 2012.

FREITAS, F.F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GUIMARÃES, D.A.; SILVA, E.S. Formação em ciências da saúde: diálogos em saúde coletiva e a educação para a cidadania. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2551-2562, 2010.

HALLAL, P.C. Promoção da atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.4, p.620-621, 2011.

LOCH, M.R. et al. A saúde pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.16, n.2, p.162-167, 2011.

LOCH, M.R.; FLORINDO, A.A. A Educação Física e as residências multiprofissionais em saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.17, n.1, p.81-82, 2012.

NUNES, M.P.; VOTRE, S.J.; SANTOS, W. O profissional em Educação Física no Brasil: desafios e perspectivas no mundo do trabalho. **Motriz**, v.18, n.2, p.280-290, 2012.

PASQUIM, H.M. A Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saude Soc.**, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

PEDROSA, O.P.; LEAL, A.F. A inserção do profissional de Educação Física na estratégia de saúde da família em uma capital do norte do Brasil. **Rev. Movimento**, v.18, n.2, p.235-253, 2012.

SANTOS, S.F.S.; BENEDETTI, T.R.B. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.17, n.3, p.188-194, 2012.

SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, 2005.

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. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, v.16, n.1, p.5-10, 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A EF no Brasil, até a década de 1980, foi influenciada pelos governos vigentes. Cada governo, em função de seus objetivos políticos e econômicos, teve a sociedade como um instrumento para alcançar suas metas e como consequência a EF foi utilizada como estratégia para moldar o corpo e o caráter dos indivíduos, de forma a lhes conferir condições de atingir os resultados esperados. Essa expectativa quanto à EF repercutiu, por sua vez, nos objetivos atribuídos à sua prática, bem como em sua atuação e formação.

Com o Movimento Sanitarista, notou-se que a atividade física passou a fazer parte da pauta da Saúde Pública, tendo em vista os seus benefícios aos indivíduos e à sociedade. Desta forma, o bacharel em EF deu início à sua atuação também no contexto da Saúde Pública, na APS. Contudo, a princípio, a atuação do PEF na APS se deu de forma pontual, tendo com centro de suas intervenções a doença. Com a criação dos NASF, em 2008, o PEF passou a ter uma maior presença nesse contexto, mesmo que de forma ainda incipiente.

Entretanto, a sua recente inserção na APS e a sua inexperiência histórica no contexto da saúde e da Saúde Pública trouxe consigo alguns desafios e dificuldades, entre os quais se destacou a sua formação insuficiente para este nível de atenção. Na tentativa de reverter tal realidade, observou-se que algumas estratégias estão sendo desenvolvidas, mas ainda de forma insuficiente, o que torna importante, além das mudanças na graduação, o desenvolvimento de estratégias que abordem esta temática, a fim de atender aos profissionais já inseridos no mercado de trabalho.

A análise da percepção dos informantes-chave envolvidos neste processo de formação possibilitou o conhecimento das reais necessidades desses profissionais, dando subsídios para futuras reflexões e discussões sobre o tema, o que possivelmente promoverá avanços na formação do PEF.

Neste sentido, os resultados apontaram que a APS é um campo novo ao PEF e que sua inserção no mesmo representa uma quebra de paradigma, que possibilitará consequências positivas à profissão, ao serviço de saúde e à comunidade. Acredita-se que a inserção do PEF nesse nível de atenção se deu em decorrência da maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis e do incentivo da política de saúde. Porém, reconhecem que não estavam

preparados para o ingresso neste campo, sendo a formação apontada como fundamental para reverter tal situação.

Desta forma, quanto à formação, os resultados demonstraram que os depoentes reconheceram que sua formação foi focada em uma abordagem biologicista e no treinamento esportivo, sendo avaliada como insuficiente para sua inserção na APS. Portanto, afirmaram a necessidade de mudanças na formação do PEF, alterando a estrutura dos projetos político-pedagógicos e dos planos de ensino das graduações em EF. Além disso, reconheceram a formação pós-graduada como uma estratégia para o desenvolvimento profissional neste campo e também como uma forma de minimizar a carência desse conhecimento na graduação. Assim, a procura pelo CEABSF se deu pela necessidade de incorporar conhecimentos da APS e, conseqüentemente, melhorar a sua atuação na área. Entretanto, declararam dificuldade ao se inserir em uma especialização que envolve um campo de atuação novo para este profissional, ainda pouco explorado nas graduações e, portanto, creem que a possibilidade de uma turma específica, como a turma Épsilon, tenha sido importante, visto o atual momento da EF. No entanto, assumiram que futuras turmas de composição multiprofissional são importantes ao realizarem tal sugestão.

Entre as dificuldades para sua inserção na atenção primária foi apontada a falta de conhecimento ou reconhecimento pela equipe de saúde e população quanto ao seu papel e importância, dificuldade em realizar o trabalho em equipe, falta de apoio do serviço, indefinição de suas atribuições e inexistência de um plano de metas, bem como a infraestrutura inadequada das UBS, a dificuldade em atender um grande número de equipes de SF por NASF e a falta de acesso ou o acesso restrito aos prontuários.

A despeito de se reconhecer os limites dessa pesquisa, visto que a mesma se trata de um estudo de caso e, por isso, não pode ter seus resultados generalizados, espera-se que este trabalho possa contribuir para a discussão e uma melhor compreensão acerca da formação do PEF para a sua inserção na APS, tendo em vista a formação de profissionais qualificados para atuarem em consonância com os princípios do SUS.

7 CONCLUSÕES

A recente inserção do PEF na APS trouxe expectativas positivas quanto à possibilidade de avanços na profissão da EF. Além disso, acredita-se que a inserção e atuação deste profissional neste campo apresentarão reflexos de caráter positivos também no serviço de saúde e na comunidade.

Contudo, no desenvolver desse processo, o PEF tem passado por dificuldades de diferentes naturezas, entre elas, destaca-se a sua frágil formação para a atuação na APS, o que demonstrou a necessidade de se estabelecerem mudanças nos cursos de graduação em EF, através de reformas curriculares, bem como a necessidade de implementar estratégias de formação pós-graduadas que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, de forma a subsidiar os profissionais já inseridos no mercado de trabalho.

Nesse sentido, o CEABSF/ UFMG foi apontado como uma importante estratégia de formação do PEF para a APS, tendo sido sugerida tanto a sua continuidade, como sua expansão em nível nacional. Tal expansão foi colocada como uma questão de interesse do CONFEF, por se acreditar que este curso poderá resultar em profissionais mais preparados para a APS, trazendo também como consequência a abertura de mercado aos mesmos.

REFERÊNCIAS (Considerações Iniciais e Método)

ANJOS, T.C.; DUARTE, A.C.G.O. A Educação Física e a Estratégia de Saúde da Família: formação e atuação profissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1127-1144, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

BONFIM, M. R.; COSTA, J. L. R.; MONTEIRO, H. L. Ações de Educação Física na saúde coletiva brasileira: expectativas *versus* evidências. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 3, p. 167 – 173, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997**. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, 1997a

_____. Ministério da Saúde. **Resolução n. 218, de 26 de março de 1997**. Brasília: CNS, 1997b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1444/GM, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988 – 2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.30, n.3, p.285-293, 1996.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 693-705, 2010.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, 2008.

COSTA, L. C.; LOPES JÚNIOR, C. A. F.; COSTA, E. C.; FEITOSA, M. C.; AGUIAR, J. B.; GURGEL, L. A. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do Profissional de Educação Física. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 107-113, 2012.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, R. B. M. Por que fazer Pesquisa Qualitativa em Saúde?. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 1, n. 2, 2006.

Acesso em: 01 de setembro de 2011. Disponível em:

<http://www.uscs.edu.br/revistasacademicas/caderno/caderno_sau02.pdf>.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 269 p.

_____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2009. 108 p.

LENTSCK, M. H.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; KLUTHCOVSKY, F. A. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3455-66, 2010.

LOCH, M.R.; BRUNETTO, B.C.; RODRIGUES, C.G.; NAHAS, M.V. A saúde pública nos anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde (1997-2009): revisão sistemática. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v.16, n.2, p.162-167, 2011.

PASQUIM, H.M. A Saúde Coletiva nos cursos de graduação em Educação Física. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p.193-200, 2010.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano I, n. 1, 2009

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. **Rev. Bras. Ativ. Fis. e Saúde**, Pelotas, v.16, n.1, p.5-10, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. Decidindo quais indivíduos estudar. In: TURATO, E. R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 351-68.

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Manual de Orientação: Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública: UFMG, 2012/ Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. – Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Medicina, 2012.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**. Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005.

VIEIRA, P. P.; REIS, N. A.; SANTOS, M. C. S. A inserção do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Ulbra e Movimento (REFUM)**, Ji-Paraná, v. 1, n. 2, p. 41-52, 2010.

YIN, R. K. **Estudos de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Brookman, 2005. 212 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para desenvolvimento dos Grupos Focais

1. Como vocês veem a inserção do PEF na APS?
2. Como vocês veem essa inserção no futuro?
3. O que vocês consideram importante para a inserção do PEF na APS?
4. Quais são os desafios enfrentados pelo PEF na APS? Como estes desafios poderiam ser sanados ou minimizados?
5. Como vocês avaliam a formação em Educação Física para a APS?
6. Com base em suas próprias formações, vocês acreditam que um recém-formado estaria apto a inserir na APS?
7. O que motivou vocês a fazerem um curso de especialização para a APS?
8. Como vocês veem o fato de constituírem uma turma específica de PEF e não multiprofissional em um curso de especialização em saúde da família?
9. Gostariam de fazer mais algum comentário sobre o tema?

**APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada à coordenação do
CEABSF/UFMG**

1. O que motivou a criação de um curso de especialização, modalidade a distância, em saúde da família?
2. Como você avalia a formação do PEF para a sua inserção na APS?
3. Por que o PEF foi incluído no CEABSF/UFMG? E por que a criação de uma turma específica de PEF?
4. A turma específica ao PEF apresenta uma abordagem diferenciada das demais?
5. Como o CEABSF/UFMG poderia contribuir na inserção do PEF na APS?
6. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o tema?

APÊNDICE C– Roteiro de entrevista semiestruturada ao coordenador do curso de Graduação em Educação Física (Bacharelado) da UFMG

1. Como você avalia a inserção do PEF na APS hoje? E no futuro?
2. Como você avalia a formação do PEF para a sua inserção na APS?
3. Quais são os principais desafios que a APS impõe à formação em Educação Física?
4. A partir das Diretrizes Curriculares da Educação Física, quais foram as medidas adotadas pelo curso de graduação em Educação Física da UFMG?
5. Você observa medidas que ainda poderiam ser adotadas? Quais?
6. Você acredita que um recém-formado estaria apto a inserir na APS?
7. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o tema?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semiestruturada à presidência do CREF6/MG

1. Como o CREF-06 percebe a inserção do PEF na APS?
2. O profissional recém-formado em Educação Física estaria preparado para inserir na APS hoje? O que favoreceu este cenário?
3. Poderia ainda ser tomada alguma medida/estratégia para o incentivo à sua inserção? Quais?
4. Este tema faz parte hoje da pauta de discussões do CREF6/MG?
5. O que CREF6/MG pensa sobre a existência de uma turma específica para o PEF no CEABSF/UFMG?
6. O que o CREF6/MG espera de estratégias como essa?
7. Como o CREF/MG vê a inserção do PEF na APS no futuro?
8. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o tema?

ANEXOS

ANEXO A – Cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 0696.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Soraya Almeida Belisário**
Departamento de Medicina Preventiva e
Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 21 de março de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Formação para a atenção primária à saúde: um estudo de caso da turma de profissionais de Educação Física do curso de especialização em atenção básica em saúde da família"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a), convidamos V. Sa. a participar da pesquisa intitulada “Formação para a Atenção Primária à Saúde: um estudo de caso da turma de Profissionais de Educação Física do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família”, que tem como objetivo analisar uma estratégia de formação do Profissional de Educação Física para sua inserção na Atenção Primária à Saúde. Esta pesquisa é desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG, pela mestranda Denise Mourão Falci, orientada pela Professora Dr^a Soraya Almeida Belisário. Sua participação é voluntária e a entrevista será gravada para posterior transcrição. A sua identificação será mantida sob sigilo e os resultados serão utilizados somente para fins científicos, por meio de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato. Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG. Além disso, informamos que você poderá solicitar as informações que desejar da pesquisadora, a qualquer momento do estudo e ainda cancelar sua participação a qualquer instante, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho, bem como solicitar informações adicionais. Sua participação não trará nenhum ônus e nenhum benefício financeiro a você.

Eu, _____ CI _____, declaro que obtive de forma voluntária esse TCLE para participação neste estudo e fui esclarecido (a) sobre a finalidade da pesquisa e concordo em participar da entrevista solicitada, sabendo que meu nome será mantido em sigilo e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Entrevistado

Soraya Almeida Belisário
(Pesquisadora Responsável)

Denise Mourão Falci
(Pesquisadora)

1. Contato COEP/UFMG:
Av. Presidente Antonio Carlos, 667 –
Unidade Administrativa II – 2º Andar, sala
2005/Campus Pampulha CEP: 31270-901.
Belo Horizonte-MG.
Telefone: 31-34094592
e-mail: coep@prpq.ufmg.br

2. Contato das pesquisadoras:

- Profa. Dr^a Soraya Almeida Belisário

Faculdade de Medicina da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 /Sl 701 – St^a Efigênia.
CEP: 30.130-000 - Belo Horizonte/MG
Telefone: (31) 3409-9673
e-mail: soraya@nescon.medicina.ufmg.br

- Denise Mourão Falci
Rua Flor de Índio, nº100- Liberdade
CEP: 31270-215 - Belo Horizonte/MG
Telefones: (31) 3786-1565 ou 9625-3072
e-mail: denisemfalci@yahoo.com.br

ANEXO C – Ata da defesa de dissertação de Mestrado


**FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

 Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
 Belo Horizonte - MG - CEP. 30 130-100
 Fone: (031) 3409 9641 FAX: (31) 3409 9640


UFMG

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado de DENISE MOURÃO FALCI número de registro 2011656294. As quatorze horas do dia vinte de fevereiro de dois mil e treze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: "FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DA TURMA DE PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA", requisito final para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública - Área de Concentração em Políticas de Saúde e Planejamento. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Soraya Almeida Belisário, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Soraya Almeida Belisário/orientadora	Instit: UFMG	Indicação: <u>APROVADA</u>
Profa. Kátia Euclides de Lima e Borges	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar	Instit: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 20 de fevereiro de 2013.

Profa. Soraya Almeida Belisário Soraya Almeida Belisário
 Profa. Kátia Euclides de Lima e Borges Kátia Euclides de Lima e Borges
 Dra. Daisy Maria Xavier de Abreu Daisy Maria Xavier de Abreu
 Dr. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar Raphael Augusto Teixeira de Aguiar
 Profa. Ada Ávila Assunção/coordenadora Ada Ávila Assunção

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

Profa. Ada Ávila Assunção
 Coord. do PG em Saúde Pública
 Faculdade de Medicina - UFMG

10025
 CONFERE COM ORIGINAL
 Centro de Pós-Graduação
 Faculdade de Medicina - UFMG